

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. David Marek

**Posttraumatický růst u zdravotnických
záchranářů**

**The Posttraumatic Growth of the
Paramedics**

Praha 2019

Vedoucí práce: PhDr. Hedvika Boukalová, Ph.D.

Poděkování

Chtěl bych velmi poděkovat PhDr. Hedvice Boukalové, PhD. za cenné rady, připomínky, podporu a obdobné vedení mé práce. Poděkování patří také všem zdravotnickým záchranným sborům, které mi umožnily u nich realizovat výzkumnou část.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Opařanech dne 22. 7. 2019

.....

David Marek

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá posttraumatickým růstem u zdravotnických záchranářů. V první části vymezuje pojem posttraumatického růstu a faktory, které ovlivňují jeho proces. Teoretická část je doplněna o nejdůležitější modely posttraumatického růstu. Závěr teoretické části je věnován profesi zdravotnického záchranáře, kde jsou popsány nároky na tuto profesi a možné intervence jak zvládnout náročnou událost.

Empirická část se zabývá vztahem mezi posttraumatickým růstem a copingovými strategiemi u zdravotnických záchranářů. Používání pozitivních copingových strategií je jeden ze způsobů jak dosáhnout vyšší úrovně posttraumatického růstu. Práce vychází z použití dotazníků PTGI a SVF 78. Jedná se o dotazníky, které zjišťují úroveň dosaženého posttraumatického růstu a využívané copingové strategie. Dotazník PTGI sleduje změnu v pěti oblastech, kterými jsou Vztahy s ostatními, Silné stránky jedince, Nové možnosti, Změna v duchovní oblasti a Porozumění životu.

Výzkum přinesl následující zjištění. Copingové strategie Kontrola situace, Kontrola reakcí a Pozitivní sebeinstrukce pozitivně korelovaly s vyšší úrovní posttraumatického růstu. Bylo zjištěno, že ženy dosahují signifikantně vyšších výsledků v oblastech Vztahy s ostatními a Porozumění životu. Mezi věkem respondenta, počtem let u ZZS bezdětností a posttraumatickým růstem nebyl nalezen žádný vztah.

Klíčová slova

Posttraumatický růst, trauma, copingové strategie, zdravotnický záchranář

Abstract

This master thesis follows up the topic of posttraumatic growth of paramedics. The first part clarifies the concept of posttraumatic growth and factors which influence the process of growth that is following the trauma. The most substantial models of posttraumatic growth are also included. A paramedic as a profession is described, too. In this part, requirements for paramedics and possible interventions often used to handle with the stressful event.

The empiric part deals with the relationship between posttraumatic growth and coping strategies among paramedics. A use of positive coping strategies is a possible way how to reach a higher level of post traumatic growth. The questionnaires PTGI and SVF 78 are used in the research to detect the level of posttraumatic growth achieved and the coping strategy that is used by the participants. The questionnaire PTGI detects the change in five areas: relationships with other people, strengths, new opportunities, change in spiritual areas and understanding of life.

The research shows positive correlation between the level of posttraumatic growth and following coping strategies: control of situation, control of reactions and positive self-instruction. It was also found that women reach significantly better in the subscales relationships with other people and understanding of life. No correlation was found between the posttraumatic growth and the age of participants, number of years spent as a paramedic and childlessness.

Keywords

Posttraumatic growth, trauma, coping strategies, paramedic

Obsah

Úvod.....	6
Literárně přehledová část	7
1. Posttraumatický rozvoj	7
1.1 Základy zkoumání posttraumatického růstu	9
2. Náročné životní situace.....	11
2.1 Stres.....	11
2.2 Krize.....	12
2.3 Trauma	13
3. Jednotlivé modely posttraumatického růstu.....	16
3.1 Model Tedeschiho a Calhouna.....	16
3.2 Model Josepha a Linleye – rozvoj iniciovaný negativními událostmi	20
3.3 Model Janoff-Bulmanové	22
4. Faktory ovlivňující posttraumatický růst	27
4.1 Pohlaví	27
4.2 Věk.....	28
4.3 Osobnost před traumatem	29
4.4 Doba od události	32
4.5 Typ traumatu	33
4.6 Kognitivní zhodnocení události	34
4.7 Odolnost.....	35
4.8 Locus of control	37
4.9 Copingové strategie	38
5. Intervence a možnosti růstu	43
6. Profesní nároky pracovníka zdravotnické záchranné služby	46
6.1 Systém psychosociální intervenční služby.....	50
Výzkumná část.....	52

7. Cíle výzkumu	52
7.1 Výzkumné otázky a hypotézy	52
8. Výzkumné metody	54
8.1 PTGI-CZ	54
8.2 SVF 78	56
9. Postup sběru dat a vyhodnocení	58
10. Charakteristika výzkumného souboru	59
11. Výsledky	63
11.1 Deskriptivní statistika	63
11.2 Induktivní statistika	67
12. Diskuze	73
12.1 Interpretace dat	73
12.2 Limity výzkumu	80
Závěr	83
Seznam použité literatury	85
Seznam grafů	95
Seznam obrázků	96
Seznam tabulek	97
Seznam zkratk	98
Přílohy	I

Úvod

Tématem předkládané diplomové práce je posttraumatický růst. Náročné situace jsou nedílnou součástí našich životů a většina lidí se s nimi střetává a snaží se je vyřešit. Každý člověk vnímá náročnou situaci jinak, ale po každém překonání jedinec upraví svůj dosavadní život. I když tato změna nemusí být vědomá, získává nové zkušenosti, čímž dokáže lépe reagovat na obdobnou situaci v budoucnu. Takovou myšlenku rozpracovává právě posttraumatický růst, kdy jedinec po velmi těžké situaci získává jiný pohled na svůj život a nalézá pozitivní důsledky této události.

Dlouhou dobu se psychologie zabývala negativními faktory neštěstí a jejich ovlivněním na život jedince. Psychologové se snažili pomoci zasaženým jedincům takovým způsobem, aby zmírnili negativní projevy. V poslední době se ovšem pozornost zaměřuje také na salutogenní faktory, které podporují zdraví a kvalitu života.

Posttraumatický růst je založen především na myšlence, že překonáním traumatické události dochází k pozitivní změně, která se může týkat vztahů s ostatními nebo posílením vlastní osoby, popřípadě nalezení smyslu života. Téma posttraumatického růstu je poměrně nové a teprve se rozvíjí, ale myšlenka že událost může kvalitativně změnit život jedince je zde poměrně dlouho. Objevuje se v různých příbězích, pohádkách i ve rčeních. Téměř každého někdy napadlo rčení: „Co nás nezabije, to nás posílí.“ Posttraumatický růst vlastně rozvíjí tuto myšlenku na vědeckém poli.

Diplomová práce nabízí popis posttraumatického růstu a přehled jeho základních pojmů. Taktéž představuje jednotlivé modely, jak vnímají různí odborníci tuto problematiku. Dále nabízí přehled faktorů, které mohou ovlivňovat růst a mohou usnadňovat nalezení smyslu života po náročné události. Druhá část teoretického pojednání se zaměřuje na profesi zdravotnického záchranáře a jeho pracovní nároky.

Výzkumná práce se zaměřuje na hodnocení posttraumatického růstu u zdravotnických záchranářů. Diplomová práce zkoumá úroveň posttraumatického růstu u záchranářů, kteří jsou každý den vystaveni náročným událostem a vysoké úrovni stresu. Cílem diplomové práce je zjistit, zda se projevuje růst také u pomáhajících profesí, které nejsou primárně zasaženy. Součástí diplomové práce je také porovnání využívaných copingových strategií u záchranářů a jejich působení na posttraumatický růst.

Literárně přehledová část

1. Posttraumatický rozvoj

Posttraumatický růst (PTR) souvisí s pozitivní změnou osobnosti vycházející z překonání vysoce stresující události. Může se týkat jak jednotlivce, tak celé skupiny, rodiny či komunity. U posttraumatického růstu se jedná o nalezení pozitivní změny, prospěchu či požehnání, které přesahují pouhé přežívání nebo návrat do normálního stavu před traumatem. To znamená, že osoby vystavené traumatu procházejí transformačními změnami a dosahují vyšší úrovně ve fungování jedince (Berger, 2015). Posttraumatický rozvoj je univerzální a může se časem měnit. Nicméně stále se vedou diskuze, zda růst souvisí převážně s copingovými strategiemi, s osobnostními proměnnými jedince nebo zda je projevem něčeho jiného (Weiss & Berger, 2008).

Pojem posttraumatický rozvoj nemá dlouhou historii, ale koncept navazuje na zjištění z různých oblastí psychologie. K rozvoji této problematiky přispěl konec druhé světové války, kdy mnoho výzkumů bylo realizováno, aby se lidé účastníci se války dokázali vyrovnat s traumatem, smrtí blízkého nebo ztrátou dosavadního stylu života. Významně k tomuto tématu přispěl V. E. Frankl a pozitivní psychologie. V poslední době je toto téma nejvíce rozpracováno autory Tedeschim a Calhounem (Werdel & Wicks, 2012).

Poprvé tento termín použili Tedeschi a Calhoun ve své knize *Trauma and Transformation: Growing in the Aftermath of Suffering*, publikované v roce 1995 (Tedeschi & Calhoun, 1995). V rámci zkoumání tohoto jevu definovali několik základních poznatků. Za prvé se PTR projevuje po mimořádně nežádoucí události, kdy se osoba po této události rozvíjí nad předchozí adaptační úroveň, tj. osoba změnila svoje psychologické fungování a získává jiný pohled na svět a události, které se staly. S tím souvisí celková transformace osobnosti, která je skutečná a trvalá. Zároveň autoři posttraumatický rozvoj staví jasně proti posttraumatické stresové poruše, která je jejím opakem (Tedeschi, Park & Calhoun, 1998).

V odborné literatuře lze nalézt několik koncepcí, které se zabývají pozitivní stránkou traumatu. Mezi nejznámější patří posttraumatický růst (*posttraumatic growth*) od autorů Tedeschiho a Calhouna, dále Parková, Cohen a Murch přišli s konceptem stresem

navozený rozvoj (*stress-related growth*), hledání přínosů (*benefit-finding*) od Tennena a Afflecka nebo růst iniciovaný negativní událostí (*adversarial growth*) od autorů Linley a Josepha (Werdel & Wicks, 2012). V rámci české odborné literatury se termín *posttraumatic growth* překládá jako posttraumatický růst nebo jako posttraumatický rozvoj (Mareš, 2012).

Parková, Lechnerová, Antoni a Stanton (2009) rozdělili jednotlivé termíny podle intenzity, jaký vliv mají na celkovou změnu osobnosti. Doporučují rozlišovat jednotlivé koncepty a nezaměňovat je mezi sebou a nepoužívat je jako synonyma. Podle nich jednotlivé termíny popisují různou kvalitativní změnu osobnosti. Rozdělili termíny podle intenzity od mírné změny, která může být pouze dočasná, až po nejvýraznější, která mění celou strukturu osobnosti. Nejmenším rozsahem změny je udáván subjektivně vnímaný, ale nikoli skutečný rozvoj (*perceived, but nonveridical growth*), u kterého jedinec konstatuje rozvoj, ale objektivně nejsou patrné žádné znaky skutečného rozvoje. Často se objevuje v prvních fázích, kdy se jedinec snaží vyrovnat se s traumatem. U osoby je rozvoj zaměřován spíše za přání, percepční iluzi nebo za kognitivní zkreslení. Skutečnou změnou osobnosti následkem negativní události je rozvoj navozený stresem (*stress-related growth*), u kterého dochází k trvalé změně v jedné nebo několika oblastech života. Rozvoj nastává při hledání smyslu určitého stresoru a přehodnocením jedincova života, cílů a názorů. Nejvýraznější změnou osobnosti způsobenou negativní událostí je posttraumatický růst (*posttraumatic growth*), který výrazně ovlivňuje složky života, jako jsou mezilidské vztahy, spiritualita nebo porozumění životu. Jedná se o radikální změnu v jedincově životě, která je navozována zřídka. Ve většině případů, pokud se mluví o posttraumatickém rozvoji osobnosti, míní se rozvoj navozený stresem nebo rozvoj osobnosti navozený hledáním přínosů.

Jak bylo uvedeno výše, Tedeschi a Calhoun stanovili, že posttraumatický růst je v opozici s posttraumatickou stresovou poruchou (PTSP). Jelikož po náročné životní události může nastat jak PTR, tak PTSP, je zde uvedeno krátký popis PTSP. Většina intervencí je zaměřena na zvládnutí PTSP a tím v nejlepším případě na dosažení osobního rozvoje nebo alespoň zlepšení adaptace nebo návrat na původní kvalitativní úroveň. PTSP je začleněna v MKN-10 pod číslem F43.1. Popisuje se jako opožděná reakce na negativní událost, čímž se odlišuje od akutní stresové reakce, která nastává ihned po traumatu. PTSP byla zprvu definována u válečných veteránů a obětí válek a konfliktů. PTSP se

může projevit po jednorázové události, jako je autonehoda, smrt nebo náročné období, které probíhá delší dobu, např. týrání nebo mučení (Rahn & Mahnkopf, 2000).

PTSP se projevuje zvýšenou podrážděností, pohotovostí a vyhýbavým chováním, kdy se jedinec vyhýbá místům, lidem a činnostem, které jsou podobné s traumatem. Časté je vytěšňování vzpomínek na událost a jedinec může mít částečnou nebo úplnou amnézii. V rámci svých obranných mechanismů může oddělit emoce od události a tím zamezit vzniku ohrožujících myšlenek (Orel, 2016). Pro charakterizování traumatické události a PTSP je důležité, aby splňovala obě následující podmínky. Osoba zažívá nebo je svědkem události, která se týkala přímého ohrožení života nebo vážného zranění, a zároveň člověk v této situaci reagoval intenzivním strachem a bezmocností (Ford, Grasso, Elhai & Courtois, 2015).

Některé stresující události jsou traumatické pro téměř každého. Z výzkumu autorů Kesslera, Sonnégové, Brometové, Hughesa a Nelsona (1995) vyplývá, že znásilnění je výrazným stresorem pro vznik PTSP, kdy 65 % mužů a 46 % žen uvádělo příznaky PTSP i několik let až desetiletí po události. Taktéž až 94 % žen znásilněných hlásilo po jednom měsíci příznaky traumatu, které by mohly v následujících měsících vést k PTSP.

1.1 Základy zkoumání posttraumatického růstu

Nejdůležitějším milníkem pro zkoumání rozvoje osobnosti po negativní události byl konec druhé světové války. Po druhé světové válce bylo mnoho lidí postiženo v nějaké míře utrpením a ztrátou. V tu dobu se vědci začali zabývat skutečností, proč někteří jedinci tyto situace zvládají lépe než druzí a jak pomoci zasaženým lidem, aby dokázali překonat negativní události (Mareš, 2012).

Posttraumatický rozvoj člověka má základy v několika teoretických směrech. Mezi nejdůležitější teorie, které formovaly tento koncept, patří Caplanova teorie krize, Rogerova terapie zaměřená na klienta, Franklova existencionální psychologie a pozitivní psychologie (Werdel & Wicks, 2012).

Gerald Caplan vytvořil teorii krize v době, kdy pracoval v nemocnici s pacienty, kteří prožili těžkou životní událost. Lidé mají určité vyrovnávací mechanismy (copingové strategie), které jim pomáhají zvládnout životní situace. Pokud ovšem nastane situace, kterou není možné zpracovat pomocí vlastních osobních strategií, vzniká krize, při které mají lidé pocity pochybností o vlastní způsobilost k zvládnutí události. Ve snaze zmenšit

vnitřní napětí a pocity dezorientace vedou člověka, aby hledal jiné mechanismy, které by mohl využít. Takové pokusy naznačují, že zkušenost s krizí může podpořit uvědomění si, že využívaná sada copingových strategií může být rozšířena o nové. Caplanova teorie krize zdůrazňuje, že bez krize by nebylo potřeba zabývat se porozuměním sobě a hledat nové strategie zvládání životních situací. Hledání a rozšiřování prostředků přichází z bezprostřední nutnosti, když již současné mechanismy vyrovnávání nestačí a nedokáží splnit svoji funkci (Caplan, 1961).

Negativní zážitky, které zažil v několika koncentračních táborech vídeňský lékař V. E. Frankl, byly hlavním důvodem, proč se začal zabývat pozitivní stránkou nežádoucích událostí. Ve své knize *Vůle ke smyslu* vysvětluje, že smysl života se může nalézt také v utrpení. V těžkých situacích podle něho je prostor pro změnu, rozvoj vlastní osobnosti. To lze dokázat, pokud je nalezen určitý smysl, proč se negativní událost stala a jak může člověka pozitivně ovlivnit ve vývoji (Frankl, 1997).

Dalším, kdo přispěl ke zkoumání rozvoje osobnosti po náročné události, byl A. Antonovsky. Antonovsky po druhé světové válce pracoval s vězni z koncentračních táborů a všiml si, že někteří tyto situace zvládali lépe než druzí. Ač fyzicky byli všichni ve špatném stavu, někteří traumatickou událost psychicky zvládali lépe. Na zkoumání těchto jedinců popsal tzv. soudržnost osobnosti (*sense of coherence*). Soudržnost osobnosti je složená ze tří komponent. Za první je to srozumitelnost, tj. určitá předvídatelnost a jasnost situace, za druhé zvládnutelnost, tj. možnost stresovou událost překonat, a za třetí to je smysluplnost, tj. naleznutí důvodu oné situace a investování energie pro její zvládnutí. Čím vyšší je soudržnost osobnosti, tím jedinec lépe zvládá náročné situace (Antonovsky, 1987).

2. Náročné životní situace

Pro pochopení PTR je potřeba vymezit některé pojmy, které s rozvojem souvisí. Na počátku PTR stojí traumatickou událost, která vyvolává stres a silné negativní emoce. Celý proces rozvoje tedy určitou měrou závisí na negativní události. I když je každá událost specifická, průběh vypořádání se s ní je podobný u všech (Kohoutek, Špok & Čermák, 2009).

2.1 Stres

Stres lze charakterizovat jako působení stresoru, ale také je stres vnímán jako odpověď na tento stresor, tj. stresová reakce (Joshi, 2007). Křivohlavý definuje stres jako *„vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná“* (Křivohlavý, 1994. s. 10). Pojem stres poprvé použil Hans Bruno Selye v roce 1935 jako nespecifickou odpověď na poškození organismu (Viner, 1999).

Míru stresu tudíž ovlivňují různé stresory, které lze rozdělit do dvou větších celků, na reálné a potencionální. Reálné stresory jsou aktuálně působící, popřípadě ohrožující. Z potencionálních stresorů se mohou stát reálné, pokud jejich intenzita překročí určitou hranici, působí delší dobu nebo se nakumulují. Mezi takové stresory může patřit chlad, hluk, časová tíseň. K faktorům, které ovlivňují změnu vnímání stresorů z potencionálních na reálné, patří subjektivní hodnocení, kdy jedinec hodnotí své možnosti řešení a pocit ohrožení vlastních hodnot. Vnímání stresové situace dále závisí na individuálních osobnostních charakteristikách, jako je resilience, intelekt, neuroticismus, na mechanismech zvládání. Velký vliv má taktéž dosavadní zkušenost s nepříznivými situacemi a kumulace negativních životních a každodenních událostí (Paulík, 2010).

„Stresové situace jsou ty, v nichž dochází k výraznějšímu rozporu mezi expozičními a dispozičními faktory“ (Paulík, 2010, s. 41). Což znamená, že stres může nastat ve dvou případech. Za prvé jsou podněty a nároky na řešení extrémně silné a je potřeba využít značné množství energie a úsilí nebo jsou podněty obtěžující a překračují únosnou mez. Podobně působí stresové podněty, které jsou nakumulovány nebo přetrvávají delší dobu. Druhou možností, kdy vzniká stres, je u podnětů a nároků, které jsou dlouhodobě minimální. Stres se také objevuje v případě, že podněty se minimálně

mění a nejsou využity dispozice jedince. Stimulace nedosahuje dostatečné intenzity a jedinec je tím pádem může vnímat jako náročné (Paulík, 2010).

Závažnost stresu závisí na jedincově hodnocení situace. Lazarus, který se zabýval teorií stresu, se zaměřoval na kognitivní zpracování stresu. Vnímání stresu závisí na interakci mezi jedincem a prostředím. Při interakci dochází ke třem etapám zhodnocení situace, která napomáhá k vyrovnání se s ní. Primární zhodnocení nastupuje ihned po události a jedinec posuzuje, zda je tato situace pro něj ohrožující. Při sekundárním zhodnocení se jedinec snaží posoudit své možnosti při zvládnání situace. Na závěr může dojít k přehodnocení, kdy jedinec na základě nových informací mění vnímání situace (Lazarus & Folkman, 1984).

Hodnocení stresoru ovlivňuje, jak jedinec bude vnímat situaci. Nejznámějším rozdělením stresu ve vztahu k subjektivnímu prožívání jedince je na distres a eustres. Eustres je spojován s pozitivními emocemi, kdy situace je vnímána jako výzva, působí motivačně a není brána jako hrozba nebo ohrožení. Na rozdíl od distresu, který je spojován s negativními emocemi, se jedinec cítí ohroženě situací a zabraňuje mu v konstruktivním řešení (Baštecká & Goldmann, 2015).

Jiné rozdělení je na hyperstres a hypostres. Toto rozdělení se týká míry stresu, který působí na jedince. Při hyperstresu překračuje množství stresu jedincovu hranici zvládnutelnosti a projevuje se podobně jako akutní reakce na stres. Hypostres nedosahuje takové intenzity a neatakuje maximální hranici, ale problém může nastat, pokud stres působí dlouhou dobu (Křivohlavý 1994).

Dalším dělením stresu je na akutní a chronický. Akutní stres je charakterizován střídáním náročné, stresující situace a obdobím klidu a odpočinku. Na tento stres je člověk dobře adaptován a snáší ho dobře, jelikož po odeznění stresu dochází k uvolnění a obnovení energie. Chronický stres se vyznačuje neustálým střádáním stresujících situací a člověk nemá čas doplnit energii. Chronický stres se poté projevuje ve snížené imunitě, kdy člověk častěji podléhá nemocím a infekcím (Jones & Moorhouse, 2010).

2.2 Krize

V rámci PTR si jedinec z krizové situace odnáší zkušenosti, které ho činí silnějším a zralejším, než býval před touto situací. V krizi dochází k oslabení vlastních kompetencí a jedinec situaci vnímá jako ohrožení vlastní existence. Je postaven před překážku, kterou

neumí nebo nemůže odstranit za pomoci vlastních mechanismů. K základním podmínkám, které definují krizi, patří nějaký spouštěč v podobě události, která je vnímána jako ohrožující a naučené způsoby řešení nestačí na úspěšné překonání situace (Špatenková, 2017). Z pohledu PTR „krize představuje stejně tak příležitost, jako i hrozbu“ (obr. 1) (Špatenková, 2017, s. 16).



Obrázek 1: Pochopení krize jako příležitosti, anebo hrozby (Špatenková, 2017)

2.3 Trauma

Trauma lze definovat jako „*stresor zahrnující přímou osobní zkušenost s událostí, která se týká smrti nebo ohrožení smrtí či vážným zraněním, nebo jde o jiné vážné ohrožení fyzické integrity. Traumatem může být i svědectví události, která zahrnuje smrt, vážné zranění nebo ohrožení integrity jiné osoby, informace o neočekávaných a násilných úmrtích nebo vážných zraněních, nebo zranění, které zažívá člen rodiny nebo blízká osoba*“ (Kressler, Heeringa, Pennell & Zaslavsky, 2018, s. 23).

Na zkoumání traumatu mají největší vliv události první světové války. V té době se předpokládalo, že zranění může být pouze fyzické a události nemají velký vliv na psychiku jedince. Po množství případů, kdy vojáci dezertovali nebo po válce nedokázali fungovat stejně jako před ní, byl v roce 1915 pojmenován tento jev jako shell shock (posttraumatický válečný šok), předpokládalo se ovšem, že je způsoben molekulovou změnou v mozku. Až ke konci války se shell shock popisoval jako „*reakce na bitevním poli byly přímým důsledkem extrémních válečných agresorů a jako takové měly být považovány za „normální“ psychické reakce mužů pod velkým tlakem, a ne za mravní selhání*“ (Joseph, 2017, s. 50).

Traumatická událost se vyznačuje tím, že je šokující, náhlá a nepředvídatelná a jedinec ji nemá šanci nějak ovlivnit nebo jen minimálně, popřípadě ji nedokáže kontrolovat. Většinou událost závisí na okolnostech, které jsou pro jedince výjimečné a neobvyklé, a jedinec nemůže za to, že se stala. Trauma se může projevit aktuální

negativní událostí nebo hrozbou psychické nebo fyzické újmy. Tato událost také mění celé následné fungování jedince, jelikož následné problémy se mohou vyskytovat dlouhou dobu a často jsou důsledky nevratné (Mareš, 2012).

Traumatických událostí je celá řada a lze je rozdělit různě. Jedním z možných rozdělení traumatických událostí je do šesti větších celků podle charakteru situace.

Události lze rozdělit na:

- vystavení organizovanému násilí (humanitární pracovník ve válečné zóně, civilista ve válečné zóně, uprchlík)
 - účast na organizovaném násilí (svědek smrti/vážného zranění, svědek boje, svědek úmyslného zranění/ vraždy)
 - viktimizace fyzickým násilím (ubližování pečovatelem, domácí násilí)
 - sexuální násilí (znásilnění, sexuální napadení)
 - nehody a zranění (přírodní katastrofa, automobilové nehody, život ohrožující onemocnění)
 - jiný (přepadení nebo ohrožování zbraní, člověkem zaviněná katastrofa)
- (Benjet, Lépine, Piazza, Shahly, Shalev & Stein, 2018).

Traumatická reakce ovlivňuje všechny složky fungování. V prvotní fázi dochází k šoku a omráčení, které se projevují ihned po události a trvají zhruba 24 – 36 hodin. Postupem času si jedinec uvědomuje, co se stalo. Teprve třetí den po události si postižený jedinec uvědomuje, že je naživu, ale zároveň je deprimovaný z negativních aspektů události. V průběhu dalších čtrnácti dnů hledá smysl této události a hledá důvod, proč se to stalo právě jemu. Po dvou až osmi týdnech po události může nastat fáze popření a znovuprožívání události, která se projevuje nočními můrami, opakujícími se myšlenkami a flashbacky (Kořán, 2009). Poté nastupuje fáze propracovávání, kdy jedinec je schopen postupně vnímat všechny okolnosti události a snižuje se intenzita nepříjemných emocí a vtíravých myšlenek (Joseph, 2017). Po měsíci až třech může nastat posttraumatická fáze, kdy se může rozvinout PTSP (Kořán, 2009) nebo může dojít k dokončení celého cyklu a zakomponování události do života jedince a může se dostat buď na úroveň před událostí, nebo dochází k PTR, kdy v události vidí i pozitivní důsledky (Joseph, 2017).

Traumatizace je popisována dvěma možnými způsoby. Oba typy mohou vést k negativním důsledkům a liší se dobou expozice s traumatem a jasným ohraničením události. I. typ je jasně ohraničen a je zde patrný začátek a konec události. Tato událost je jednorázová a neočekávaná. Mezi typy traumatu patří např. znásilnění, přepadení či přírodní katastrofa. II. typ vzniká dlouhodobým vystavením, kdy jednotlivé negativní události následují za sebou a jedinec se musí stále přizpůsobovat novým změnám. Touto traumatizací jsou nejvíce postiženi záchranáři, hasiči, policisti, kteří se ve své práci neustále setkávají s těžkými situacemi. U lidí postižených traumatizací druhého typu může docházet k narušení regulace afektů a impulzů, k disociativním prožitkům, které se projevují poruchami pozornosti a vědomí, popřípadě pocitem depersonalizace. Mezi další příznaky patří somatizační poruchy, narušený pocit vlastní identity, interpersonální poruchy, ztráta smyslu a náchylnost k reviktimizaci. Jedinci se snaží těmto situacím a kognitivním procesům přizpůsobit a využívá k tomu své copingové strategie (Kohoutek et al., 2009).

Traumatizace lze také rozdělit podle toho, kdo je zasažený. Rozlišuje se primární traumatizace, při které je jedinec přímým účastníkem události a sekundární traumatizace, která se týká blízkých osob zasaženého jedince, většinou rodiny nebo přátel. Poslední možností je terciární traumatizace, kdy postižený jedinec není v přímém vztahu k oběti. Setkává se s obětí jako svědek, terapeut nebo takto traumatizováni mohou být hasiči, záchranáři či policisté. (Vizinová & Preiss, 1999).

V poslední době se autoři zaměřují na sekundární posttraumatický růst, který odkazuje na proces růstu zažívaný rodinou žijící v těsné blízkosti s obětí traumatu. Nepřímé vystavení traumatu může být doprovázeno pozitivními psychologickými změnami. Ukazuje se, že není pouze jedna přímá cesta jak zažít trauma a následný růst, ale kvůli vysoce stresující události zasažené osoby a jejího chování lze růst převést na další členy rodiny. Sekundární posttraumatický růst je zkoumán převážně u dětí a manželek válečných veteránů a zajatců. Po vystavení stresu vyplývajícího z traumatu otců mohou jejich děti začít hodnotit své problémy v oblasti přínosů a účelu této situace a mohou zažít psychologický růst, který by jinak nenastal. Kognitivní a emocionální adaptační proces po této zkušenosti může vést k hlubšímu zkoumání vlastní osobnosti, mezilidských vztahů a sociální problematiky (Zerach, 2015).

3. Jednotlivé modely posttraumatického růstu

Modelů posttraumatického rozvoje je v odborné literatuře mnoho podle toho, na jaký aspekt se zaměřují. Za princip pro rozdělení modelů se považuje zaměření na výsledek při vyrovnávání se s traumatem a zaměření na průběh vyrovnávání se s traumatem. Pro diplomovou práci jsou vybrány modely, které jsou nejvíce diskutované (Mareš, 2012).

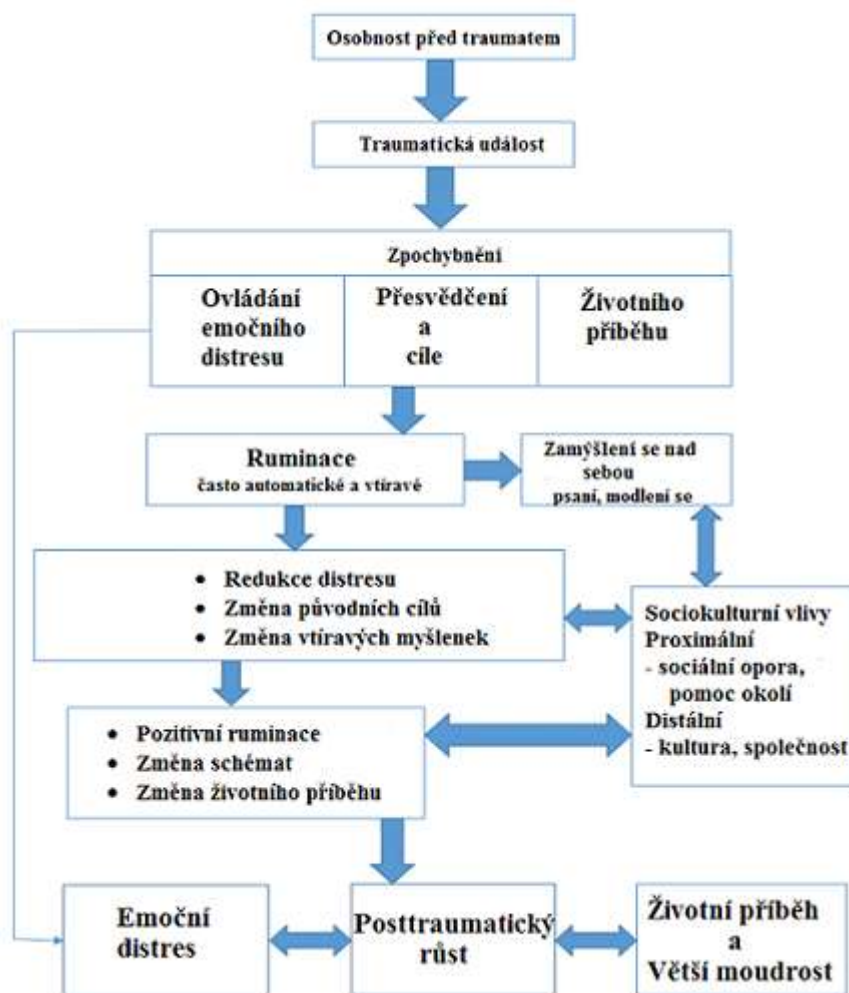
3.1 Model Tedeschiho a Calhouna

„Posttraumatický rozvoj popisuje zkušenosti jedinců, jejichž vývoj, přinejmenším v některých oblastech, předčil to, co se stalo před traumatem. Jedinec nejenže přežil, ale dosáhl změn, které jsou důležité, a překračují rámec předchozího statu quo“ (Tedeschi & Calhoun, 2004, s. 4). Model posttraumatického růstu od autorů Tedeschiho a Calhouna je pravděpodobně nejvíce uznávaný a zkoumaný (obr. 2). Autoři poprvé představili svůj model v roce 1995 a postupně ho rozvíjeli. Tento model rozvíjí myšlenku osobního růstu od Schaefera a Moose (1992), kteří poukázali na to, že stres a jeho zvládnutí souvisí s osobními, environmentálními, společenskými a kulturními faktory, jež ovlivňují reakci jedince na traumatickou životní událost. Tedeschi a Calhoun považují reakci osoby na trauma za komplexní systém zpětných vazeb mezi jednotlivými faktory (Tedeschi & Calhoun, 1995). Autoři vymezili osm nejdůležitějších proměnných, které ovlivňují možnost rozvoje. Charakteristiky, které mají podíl na posttraumatickém rozvoji, jsou osobnost před traumatem, charakteristika okolností, zvládání negativních emocí, kognitivní restrukturační – ruminace, sebepoznání, sociokulturní vlivy, narativní vývoj a komplexnost životního příběhu a větší životní moudrost (Calhoun & Tedeschi, 2014).

Calhoun a Tedeschi se taktéž zabývali vztahem posttraumatického růstu a copingových strategií. Předpokládají, že mezi copingovými strategiemi a vyrovnáním se se zátěží existuje vztah. Popisují, že pokud má jedinec malé množství strategií, jak zvládnout těžkou situaci, nemusí mít dostatek sil, aby se u něj projevil nějaký růst. Zároveň, pokud má příliš mnoho strategií, nemusí se u něj objevit proces růstu, jelikož jedinec může být odolný jak k traumatu a stresu, tak také k růstu (Calhoun & Tedeschi, 2014).

Tedeschi a Calhoun vytvořili dotazník *Posttraumatic Growth Inventory* (PGTI), který je nástrojem pro hodnocení pozitivních posunů u osob, které zažily traumatickou

událost. Dotazník je sestaven z 21 položek a všímá si změny v pěti oblastech života. Autoři popisují možnou změnu v oblasti vztahů s ostatními, v nových možnostech jedince, jeho silných stránkách, duchovní oblasti a v pochopení života (Tedeschi & Calhoun, 1996).



Obrázek 2: Model posttraumatického růstu dle Tedeschiho a Calhouna (Calhoun, Cann, Tedeschi, 2010)

Důsledek traumatické události může jedince vést k tomu, že se stane více sebeobjevující. Nabyté sebevědomí může poskytnout příležitost vyzkoušet si nové chování a zlepšit vztahy s nejbližšími lidmi. Uznání zranitelnosti může vést k emocionální expresivitě, ochotě přijmout pomoc a lepšímu využívání sociální podpory než před událostí. Pozitivní vývoj sociálních vztahů vychází ze zvýšené citlivosti vůči druhým lidem a dochází ke zlepšení vztahů. Prostřednictvím traumatické události a změny v hodnocení vlastních kompetencí se zvyšuje pravděpodobnost, že jedinec bude jednat asertivněji v náročných situacích. Často dochází k hodnocení vlastní osoby jako silnější a člověk více důvěřuje vlastním schopnostem. Posilování náboženských přesvědčení může vést ke zvýšení pocitu kontroly, intimity a nalezení smyslu. Uznání významu traumatu a

jeho následků může člověku umožnit zažít emocionální úlevu a vést k nové životní filozofii, která mění základní předpoklady, které člověk má o životě a jeho smyslu (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Na vývoji PTR se výraznou měrou podílí styl osobnosti a každý jedinec má různě vysokou pravděpodobnost PTR. Způsob jednání člověka před událostí může ovlivnit, jak bude celou situaci chápat a vysvětlovat. Jedinci, kteří mají propracovanější kognitivní styl, mají vyšší míru optimismu a naděje, jsou extravertnější, kreativnější a jsou otevřeni novým zkušenostem, mají větší pravděpodobnost se vyrovnat s negativní událostí a nalézt pozitivní změny v rámci PTR (Calhoun & Tedeschi, 1999). Mezi důležité osobnostní charakteristiky, které přispívají k PTR, patří svědomitost, přívětivost a otevřenost. Většího růstu dosahují také lidé s vyšší extravertí, což může být spojeno s větším množstvím aktivních copingových strategií a využitím větší sociální podpory při hledání řešení problému. Růst ve spojení s extravertí ovlivňuje vyhodnocení závažnosti události, což znamená, že vyšší závažnost v jedinci aktivuje větší počet mechanismů k zvládnutí a dochází i k posttraumatickému růstu. Na rozdíl od nízké závažnosti, kdy jedinec nemusí pociťovat potřebu využít svých zdrojů, nemá potřebu řešit problém, a tudíž nedosahuje takového růstu (Karanci, Işıklı, Aker, Gül, Erkan, Özkol & Güzel, 2012).

Aby mohl započít posttraumatický růst, musí okolnosti a celkově negativní událost vyvolat výrazné psychické potíže a ohrozit jedincovo chápání světa, které je charakterizováno jako soubor myšlenek, názorů a předpokladů o tom, co je svět, jak funguje a jak by měl fungovat. Po události, která tímto pohledem otřese, začne jedinec přemýšlet o události a o jejích důsledcích. Autoři tento proces nazývají ruminace, kdy člověk velké množství energie věnuje právě těmto myšlenkám (Calhoun & Tedeschi, 1999). Mnoho autorů používá pojem ruminace v negativním smyslu. Popisují ji jako stálé setrvávání v negativních příčinách a důsledcích, které nepřinášejí žádná řešení nebo východiska (Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001). „*Prožívání v rámci ruminace je negativní, myšlení automatické, jako by se posunovalo po stále stejné myšlenkové smyčce, je repetitivní a obtěžující, nenalézá řešení ani únik ze smyčky*“ (Poláčková Šolcová, 2018, s. 106). Na druhou stranu Calhoun a Tedeschi nechápou ruminaci jako negativní aspekt a přistupují k ní mnohem obecněji a vnímají v ní prvky pozitivní i negativní. Podle nich zahrnuje také vědomé a úmyslné přemýšlení o různých aspektech události včetně smysluplnosti, řešení problému nebo očekávání dalšího vývoje (Calhoun & Tedeschi, 1999).

Jako celý proces PTR, tak také ruminace se postupem času mění. Na počátku se objevují nepříjemné, vtíravé myšlenky, které jsou stresující a zaměřují se převážně na negativní stránku události. V další fázi se člověk již záměrně zabývá událostí. Přemýšlí nad situací, hledá smysl neštěstí a zabývá se jeho vlivem na budoucí život. Aby člověk mohl začít přemýšlet nad pozitivními změnami, musí se vzdát svých dosavadních přesvědčení, cílů a možností. V rámci procesu se musí vzdát určitých cílů a aktivit a nelpět na nich, jelikož již nejsou možné. Pokud přetrvávají negativní myšlenky a bezvýchodnost ze situace, je velká pravděpodobnost rozvoje PTSP (Calhoun & Tedeschi, 1999).

Další významnou složkou modelu je zpracování negativních emocí. Negativní životní události jsou nevyhnutelně doprovázeny silnými emocemi. Cílem terapie je snížit utrpení, ovšem při zkoumání PTR bylo zjištěno, že určitý stupeň úzkosti z traumatu je žádoucí pro rozvoj. Negativní emoce jsou tudíž důležité pro následný růst, jelikož k růstu nedojde bez určité míry bolesti a úzkosti (Calhoun & Tedeschi, 1999).

Při různých výzkumech se ukázalo, že identifikování a pochopení svých emocí je nedílnou součástí kognitivního zpracování, a tudíž rozvoje. Vliv tohoto zpracování byl zkoumán u osob s alexithymií, které mají problém rozeznat a popsat své emoce. Alexithymie se popisuje pomocí tří složek: obtíže při identifikaci emocí a ve snaze správně označit emoce, obtíže v popisu emocí a v externě orientovaném myšlení, kdy je jedinec více zaměřen na vnější podněty než na emoce své nebo druhých (Bagby, Taylor, & Parker, 1994). Výsledky výzkumů potvrzují, že alexithymie může bránit rozvoji a může podporovat úzkost z neschopnosti identifikovat emoce související s traumatickou událostí. Alexithymie brání jedincům přemýšlet o emocích spojených s vysoce stresující událostí a zabraňuje poté postoupit k pozitivním ruminacím a přebudování původních přesvědčení, což je nezbytné pro PTR (Orejuela-Dávila, Cann & Tedeschi, 2017).

Dalším důležitým bodem modelu od Tedeschiho a Calhouna je působení druhých lidí. Rozmanitost sociálních skupin, do kterých jedinec patří, může mít významný vliv na posttraumatický rozvoj. Pokud má člověk dobře vybudovanou sociální síť, může se od ostatních naučit nové způsoby myšlení, vnímání světa, copingové strategie, zároveň od nich získává sociální podporu (Calhoun & Tedeschi, 1999).

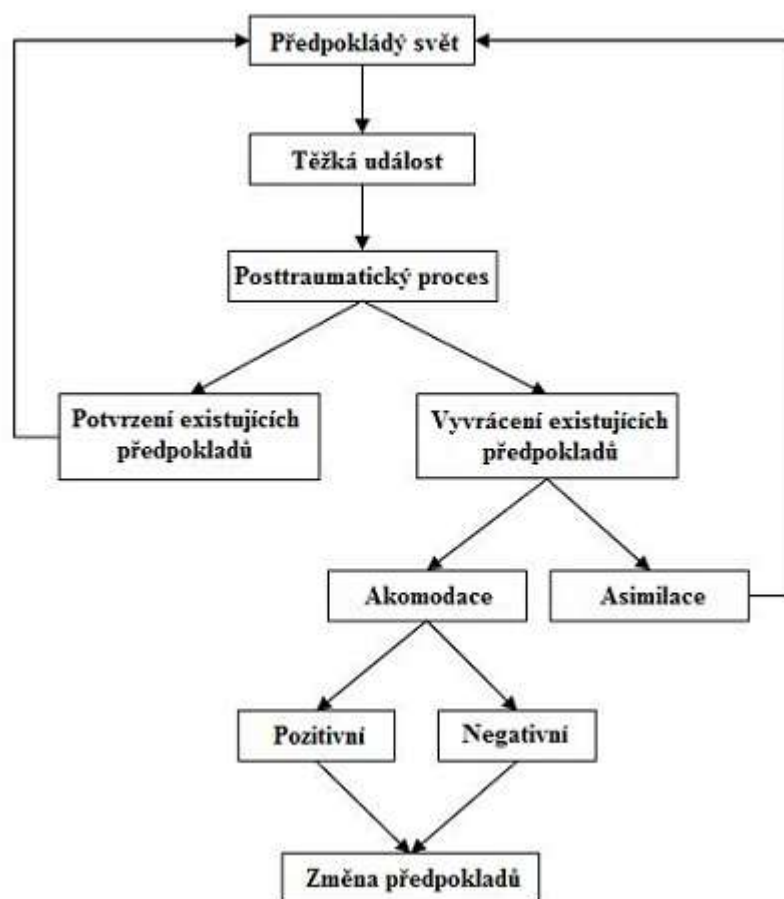
Traumatická událost působí na celou strukturu osobnosti, kdy může přinést pochyby o dosavadním životě jedince. Člověk poté musí učinit několik zásadních změn.

Při události je ohrožena celá integrita osobnosti a lidé si poté nemusí být jisti svým životem. Pro PTR je důležité, aby si jedinec odpověděl na dvě zásadní otázky. První je „Kdo jsem?“ a druhá je „Jaký je můj život, cíl?“ Lidé zasažení traumatizující událostí hodnotí svůj život a porovnávají, jaký byl před událostí a jaký po ní. V rámci PTR musí dojít k určité změně v pojetí své osoby (Calhoun & Tedeschi, 1999).

Posledním větším bodem v tomto modelu je životní moudrost. Ukazuje se, že s PTR úzce souvisí i moudrost, která je charakterizována jako schopnost zhodnotit známé i neznámé informace o životě, lépe přijmout některé životní paradoxy a otevřeně a uspokojivěji řešit základní otázky lidské existence. Jedinci, kteří zažili závažnou událost, mohou být vybaveni způsoby jak bojovat s obtížemi, lépe je přijímat a vnímat některé okolnosti více pragmaticky. Lidé s vyšší mírou moudrosti chápou lépe náročnou situaci a snáze z ní získávají nějaká pozitiva, rozumí, že život se musí po události změnit. Na druhou stranu se prohlubují existenční otázky, mohou být méně uspokojivé, ale jedinec i přesto vnímá svůj život lépe (Calhoun & Tedeschi, 1999). Traumatické události samy o sobě neprodukují růst, ale osoba hodnotí dopady události na svůj život a tím přehodnocuje své dosavadní předpoklady. V rámci tohoto procesu si jedinec může uvědomit své silné, neznámé stránky a oživit pozitivní naději do budoucnosti, zároveň může dojít ke zlepšení dojmu z jeho schopností a mechanismů zvládání stresu. Ve spojení moudrosti a PTR může docházet k objevování nebo potvrzování smysluplnosti života, cílů a hodnot (Webster & Deng, 2015).

3.2 Model Josepha a Linleye – rozvoj iniciovaný negativními událostmi

Dalšími autory, kteří se zabývali a vytvořili model PTR, byli Joseph a Linley. V roce 2008 ve své knize *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress* představili vlastní teorii posttraumatického růstu. Jejich teorie se nazývá *organismic valuing theory of growth through adversity*, což se dá přeložit jako organismicko-hodnotící teorie adaptace na ohrožující událost. Integrovali zde teoretická východiska do modelu (obr. 3), který vysvětluje, jak se jedinec přizpůsobuje ohrožující události. Vycházejí převážně z poznatků pozitivní psychologie a lidský život chápou jako určitý cyklus a zaměřují se na procesy hodnocení a na to, jak lidé kognitivně zpracovávají a začleňují do svého života traumatizující události. Člověk se tedy pohybuje v cyklu, kdy za prvé hodnotí událost, prožívá určité emoce a pokouší se ji zvládnout, a poté opět hodnotí výsledek svého snažení (Joseph & Linley, 2008).



Obrázek 3: Model Josepha a Linleye (Joseph & Linley, 2008)

Své poznatky jedinec kognitivně zpracovává a výsledkem může být asimilace nebo akomodace. Při asimilaci informace, které získal při zvládnání náročné situace, začleňuje do vlastního již existujícího životního schématu, při akomodaci mění svůj model v závislosti na nové informaci, a tudíž se mění celkový pohled na svět buď negativně, nebo pozitivně. Akomodace v negativním smyslu může vést k depresivním stavům, beznaději a bezmoci, naopak v pozitivním smyslu může vyústit v přesvědčení, že život se má žít naplno tady a teď a v určitém růstu (Joseph & Linley, 2008). Proces asimilace a akomodace popisuje na příkladu viktimizace Janoff-Bulmanová (1992). Jednou z možných strategií je přijetí vlastní viny za čin. Pokud je člověk přesvědčen o své vině na vlastním neštěstí, začlení informace do svého modelu, že si to zasloužil. Při akomodaci si naopak jedinci při hodnocení události uvědomují, že tyto informace nejsou v souladu s jejich vnímáním světa a musí tento pohled změnit. Upravují své stávající modely světa tak, aby vyhovovaly těmto novým informacím, kdy mohou svět, který vnímali jako spravedlivý, začít hodnotit jako nespravedlivý nebo jako součást náhody (Joseph & Linley, 2008).

Jako v předešlé teorii i zde významnou roli hraje sociální podpora a osobnost jedince. Širší sociální podpora a silné vazby mezi jeho známými přispívají k lepšímu růstu. Zároveň osobnost, která je otevřenější vůči zkušenosti, dosahuje lepšího růstu než osobnost, která je rigidní, snažící se udržet stávající schémata života. Tyto osoby nové zkušenosti více asimilují, čímž se snaží zamezit rozporům mezi novými a stávajícími informacemi, a jsou tudíž zranitelnější pro budoucí posttraumatický stres (Joseph & Linley, 2008).

Tři kognitivní výsledky

Tato teorie předpokládá tři možné výsledky řešení traumatické události. Prvním možným výsledkem je asimilace, tedy začlenění nových zkušeností do stávajícího modelu a vrácení se do původního stavu. Tito jedinci jsou ovšem zranitelnější k budoucí retraumatizaci, jelikož si zachovávají představy o světě navzdory důkazům svědčícím o opaku, vyvíjejí přísnější obrany, které zvyšují jejich zranitelnost pro rozvoj posttraumatického stresu. Za druhé může dojít k akomodaci v negativním směru a rozvoji psychopatologie, jako je hraniční porucha osobnosti nebo deprese a bezmoc. Třetím možným důsledkem může být akomodace v pozitivním směru, v tomto případě jedinci dosahují růstu, kdy lépe oceňují život, zlepšují své sociální vazby a žijí v přítomnosti. Teorie Josepha a Linleye předpokládá, že lidé jsou vnitřně motivovaní k pozitivní akomodaci, ale okolnosti události a okolí tento proces mohou omezovat nebo mu bránit. Sociální okolí nemusí chápat jejich nový názor na svět, popřípadě jim zasahuje do růstu nevhodnými radami (Joseph & Linley, 2008).

3.3 Model Janoff-Bulmanové

Roku 1992 představila Janoff-Bulmanová svůj pohled na rozvoj osobnosti po negativní události. Jejím ústředním tématem je změna základních předpokladů o světě po traumatu. Základními předpoklady a přesvědčeními, podle kterých si člověk vytváří obraz sebe a světa, jsou celková shovívavost světa, smysluplnost světa a vlastní hodnota. Jedná se o prostředky, díky kterým jedinec dokáže plánovat a jednat ve svém životě. Traumatická událost napadá právě tyto předpoklady a nutí jedince přebudovat jeho dosavadní svět (Janoff-Bulman, 1992). Brewin a Holmesová rozšířili tento seznam na pět základních předpokladů, přičemž ho doplnili o předvídatelný svět a pocit nezranitelnosti (Brewin & Holmes, 2003).

Svět je shovívavý

Tento předpoklad se týká celkového pohledu na svět, kdy svět se hodnotí jako dobrý a čestný. To znamená, že shovívavý je svět a zároveň lidé v něm jsou také dobří. V modelu Janoff-Bulmanové se jedná o svět a lidi, kteří jsou jedinci blízcí. Počátek tohoto předpokladu se formuluje již od raného dětství a rozvíjí se pomocí interakcí s rodinou a nejbližšími. Pokud jedinec hodnotí ostatní lidi jako laskavé, potom věří, že takoví opravdu jsou. Pokud se domnívá, že události, které se mu dějí, jsou dobré, věří a doufá v pozitivní výsledky a štěstí, než by předpokládal negativní výstupy (Janoff-Bulman, 1992).

Svět je smysluplný

Druhým základním předpokladem v tomto modelu je smysluplnost života. Tento předpoklad řeší nejen to, proč se události dějí, ale také proč se stávají konkrétním lidem. Člověk vnímá svět smysluplně, pokud je spravedlivý a chápe smysl jednotlivých událostí. Předpokládá, že výsledky jak pozitivní, tak negativní odpovídají chování nebo charakteru osoby, a tudíž nejsou náhodné, ale mají určitá pravidla. To znamená, že dobrému člověku se budou dít pouze pozitivní věci a vyhnou se mu negativní události. Naopak špatným a zlým lidem se stanou špatné věci a budou potrestáni. Když člověk, který je vnímán jako dobrý, zemře mladý, považuje se to za nespravedlivé a dokáže to rozbít tento předpoklad, že svět je smysluplný nebo logický (Janoff-Bulman, 1992).

Já jsem dobrý

Posledním předpokladem Janoff-Bulmanové je vnímání sebe sama. Člověk se vnímá jako dobrý, morální a slušný a tím si zaslouží pozitivní výsledky svého činění. Toto pozitivní sebehodnocení přispívá k úspěchu v jeho činnostech, jelikož jej povzbuzuje k tomu, aby byl efektivní a snaživý ve svých úkolech. Tento předpoklad umožňuje jedinci udržet si víru, že má schopnost kontrolovat výsledky svých činností (Janoff-Bulman, 1992).

Při traumatické události, která ohrožuje základní předpoklady a jedinec je musí upravit, lze dosáhnout pozitivní změny ve třech rovinách.

Za prvé, jedinec získává přes utrpení vnitřní sílu. Tato změna je nejzřetelnější a nejznámější, když se objevuje v mnoha úslovích nebo náboženstvích. V dotazníku

Tedeschiho a Calhouna se projevuje ve faktorech osobní síly a nových možnostech. Jedinec se vnímá jako soběstačnější, s větší odvahou a sebeúctou. Ve výpovědích se vyskytují slova jako: „*nikdy jsem si nemyslel, že to mám v sobě*“ nebo „*ted' se cítím mnohem silnější*“. Prostřednictvím prožívání a vyrovnávání se s bolestí a úzkostí spojených s negativní událostí lidé nacházejí nejen dříve neobjevené silné stránky, ale také rozvíjejí nové možnosti zvládání a objevují další zdroje, které jim mohou v budoucnu pomoci. Síla skrze utrpení s sebou nese nové hodnocení sebe sama a jedinec na sebe pohlíží z jiného úhlu (Janoff-Bulman, 2004).

Jinou možností, jak se může projevit PTR, je skrze psychologickou připravenost (*psychological preparedness*). Tento model předpokládá, že díky úspěšnému zvládnutí situace je jedinec lépe připravený na budoucí tragédie, a tím méně traumatizován. Psychologická připravenost není propracovaná v jiných modelech, jelikož neodráží vědomou pozitivní změnu pohledu na sebe, ale pracuje s copingovými strategiemi. Psychologická připravenost představuje ontologický stav po úspěšném zvládnutí zátěže spíše než vnímání sebe a svého hodnocení. Psychologickou připravenost lze přirovnat k činnostem v jiných oblastech a dá se využít metafora se zemětřesením. Po zemětřesení se také opravují budovy a vytvářejí se nové technologie, aby při příštím zemětřesení byly škody na budovách minimální. Podobně v případě očkování, kdy dochází ke zvyšování imunity tím, že se člověk setkává s nemocí. V rámci traumatu je jedinec následně lépe psychologicky připravený (Janoff-Bulman, 2004).

Lidé nejsou připraveni na negativní události, i když jsou přesvědčeni o opaku. Vědomě vědí, že neštěstí je časté, ať se jedná o dopravní nehody nebo rakovinu u mladých lidí, ale nechtějí si přiznat, že by se to mohlo stát právě jim. Jinými slovy lze tento stav popsat jako psychologickou nepřipravenost na neštěstí. Po traumatické události musí člověk přebudovat své základní předpoklady, do kterých musí začlenit nové informace. Jedinec do svého světa začleňuje i negativní zážitky, nemá již představu, že se mu neštěstí bude vyhýbat, a tudíž dokáže lépe odolávat šoku z tragédie (Janoff-Bulman, 2004).

Třetí možností, kde se může projevit PTR, je v existencionálním přehodnocení. Jedná se o větší uznání života a jeho výhod. Tento typ rozvoje je nejčastěji diskutován v literatuře a v rámci intervence je nejčastěji požadován. V dotazníku PTGI lze tento cíl hledat ve faktorech ocenění života, vztahu k ostatním a duchovní změny. S oceněním

života přichází smysl pro upravené priority, uznání toho, co je důležité a změna v přístupu ke svým vztahům v rodině a nejbližším lidem a vztahu člověka k Bohu či přírodě (Janoff-Bulman, 2004).

V bezprostředním důsledku události se jedinec snaží o pochopení situace. Zabývá se otázkou, co se stalo, ale zároveň hledá důvod, proč se to stalo právě jemu. Zde musí přehodnotit své základní předpoklady, že svět je spravedlivý a já jsem dobrý člověk. Jak bylo zmíněno výše, člověk předpokládá, že pokud se bude chovat slušně a morálně, vyhnou se mu všechny negativní události. Tyto předpoklady činí člověka nepřipraveného na traumatické životní události, když ovšem přijde tragédie, svět se stává zlovolným a člověk se cítí bezmocný (Janoff-Bulman, 2004).

Zasažený hledá smysl události. Nejčastějšími způsoby, které lidé využívají, je sebeobviňování nebo vymýšlení alternativních možností, tzv. kontrafaktů (opačných faktů) (Janoff-Bulman, 2004). Protichůdná myšlenka nastává po události, kdy člověk v myšlenkách upravuje skutečnost a uvažuje o jiných výsledcích, kdyby upravil nějaké detaily. Pro příklad lze využít případ autonehody. Jedinec může přemýšlet o tom, jak by se změnila událost, kdyby například nezrychlil. Tyto alternativní výsledky mohou zlepšit nebo naopak zhoršit vnímání události. V tomto případě člověk může uvažovat o možnosti, že kdyby nezrychlil, neměl by zničené auto, ale může si říct, že kdyby neměl bezpečnostní pás, mohl se zabít (Roese & Olson, 1995). Zasažený jedinec jejich pomocí hledá způsob, jak uvěřit, že mezi událostí a jeho chováním je nějaká spojitost, a tím se snaží minimalizovat vnímání náhodného a nesmyslného vesmíru. Lidé, kteří přežili trauma, prožívají pocity úzkosti, protože se střetávají s pocitem vlastní křehkosti a zranitelnosti (Janoff-Bulman, 2004).

Na základě snahy o porozumění situaci dochází k přehodnocení dosavadních předpokladů, což se děje za pomoci druhých lidí nebo vlastních kognitivních mechanismů. Tím, že se střetli s velkým strachem o život a úzkostí, poznávají nepředvídatelnost dějů ve světě. Tato konfrontace s vlastní bezvýznamností a jejich zkušeností, že tragédie může kdykoliv udeřit, nutí jedince přehodnotit dosavadní život. Pomocí svého poznání o všudypřítomné možnosti ztráty dochází k novému pohledu na jedincovy hodnoty. Přes tyto ztráty jedinec poznává vzácnost života. Pro jedince, kteří prošli tragédií, se život stává něčím speciálním, jelikož už není považován za samozřejmost. Po události dochází k přehodnocení jejich hodnot. Jelikož si je člověk

vědom, že nedokáže předcházet neštěstím, proto více oceňuje následné pozitivní události, vlastní přičinění a svobodnou volbu při vytváření svého života. Lidé, kteří prošli traumatickou událostí a našli v ní pozitivní aspekty, tráví více času s rodinou a přáteli, zabývají se duchovní oblastí nebo pracují v humanitárních či společenských projektech, což odráží změnu v jejich prioritách a hodnotách (Janoff-Bulman, 2004).

4. Faktory ovlivňující posttraumatický růst

Posttraumatický růst ovlivňuje několik faktorů. Některé faktory jsou již obsažené v předešlých modelech a některé jsou zkoumány samostatně ve spojitosti s jejich vlivem na PTR nebo PTSP. Většina modelů pokládá za důležité proměnné osobnost před traumatem, sociální oporu a kognitivní zhodnocení situace (Calhoun & Tedeschi, 1999; Joseph & Linley, 2008). Mezi poměrně často zkoumané patří také pohlaví, věk a doba od traumatické události (Vishnevsky, Cann, Calhoun, Tedeschi & Demakis, 2010). Další faktory, které pomáhají ke zvládnutí negativní situace, vycházejí převážně z psychologie zdraví a patří mezi ně koncepty jako resilience, hardiness, sense of coherence, locus of control (Almedom, 2005).

4.1 Pohlaví

Jedním z faktorů, který ovlivňuje posttraumatický růst, je pohlaví. Ze studií vychází, že nehlédě na událost, ženy vykazují vyšší míru posttraumatického růstu. Autoři Rzeszutek, Oniszczenko a Firląg-Burkacká (2016), kteří zkoumali rozvoj u HIV pozitivních žen a mužů, podpořili tuto skutečnost ve svém výzkumu. Ženy vykazovaly vyšší míru PTR, hlavně u hodnot vztahujících se k duchovní změně. Ženy žijící s HIV často čerpají ze spirituality jako ze zdroje osobního rozvoje pro vyrovnání se s touto nemocí.

Taktéž v jiných výzkumech dosahují vyšší míry PTR. Ve výzkumu Jin, Xu a Liu (2014) se zaměřili na jinou negativní událost. Autoři se zaměřili na událost, která není dlouhodobá jako v předešlém případě, a zabývali se rozvojem po zemětřesení. Ženy skórovaly výše, zde ovšem dosahovaly nejlepších výsledků ve zlepšení vztahů s ostatními a v osobním růstu.

Na druhou stranu jsou ovšem ženy daleko více ohroženy PTSP. Ukazuje se, že prevalence PTSP je poměrně vysoká (Jin et al., 2014; Rzeszutek, Oniszczenko & Firląg-Burkacka, 2012). Toto zjištění je v rozporu s dřívějším pohledem na vztah mezi PTSP a PTR, kdy se předpokládalo, že čím větší je úzkost, tím větší bude i růst. Zdá se, že jedinci mají vnitřní motivaci pro růst a hledají spíše další různé způsoby, jak dosáhnout pozitivních výsledků po traumatu (Joseph & Linley, 2008). Pro úspěšné zvládnutí traumatu je důležité věnovat více pozornosti jeho pozitivním účinkům než negativním.

Jelikož ženy dosahují vyšších výsledků jak u PTR, tak u PTSP, psychologická intervence a péče o oběti by se měla více zaměřit na ženy a starší lidi (Jin et al., 2014).

4.2 Věk

Dalším z aspektů, který ovlivňuje PTR, je věk zasaženého. Mnoho studií se ve svém výzkumu zaměřuje na vliv věku na traumatickou událost, ale málokterá z nich se zabývá celkovým věkovým spektrem. Ve studiích se zaměřují na určitou kohortu v závislosti na události. V rámci vztahu mezi PTR a věkem lze rozdělit jedince do tří skupin podle toho, na jaké skupiny se zaměřují jednotlivé výzkumy.

Specifickou skupinou jsou děti a adolescenti, kteří nemusí mít vyvinuté dostatečně copingové strategie a traumatická událost je může poznamenat na zbytek života. Ukazuje se, že u PTR u dětí a adolescentů hraje důležitou roli úmyslné kognitivní zpracování. U dětí a adolescentů je důležité rozlišit, zda se jedná skutečně o PTR nebo je změna ovlivněna zráním. Lze předpokládat, že PTR je možný i u dětí a zjištění naznačuje, že změny, které se dějí po události, jsou odlišné od zrání a normálního vývoje. Vzhledem k tomu, že proces PTR je uveden do pohybu až důsledkem traumatu, lze očekávat, že vývoj bude odlišný od dětí, které nezažily žádnou negativní událost (Taku, Kilmer, Cann, Tedeschi & Calhoun, 2012).

Levine, Laufer, Hamama-Raz, Stein a Solomon (2008) popsali čtyři teoreticky možné vztahy mezi PTSP a PTR v období dospívání. Zaprvé, jelikož PTSP symptomy narušují lidské fungování a kvalitu života, mohou být nepřímo spojeny s PTR. Za druhé, PTR je popisován jako výsledek určitého posttraumatického stresu, který může vést ke změně hodnotového systému i názorů na život, a tudíž mohou být příznaky PTSP pozitivně spojeny s PTR. Za třetí, PTSP a PTR nemusí spolu souviset a mohou koexistovat nezávisle na sobě. Za čtvrté, vztah mezi PTSP a PTR nemusí být lineární, ale je v podobě Gaussovy křivky, přičemž nízká úroveň úzkosti je spojena s minimálním růstem, mírný až vysoký stres zaručuje maximální růst a extrémní úzkost nedovoluje žádný růst, tudíž může existovat určitá úroveň stresu, který podporuje růst.

Autoři Yi a Kim (2014) se zaměřili na ověření těchto vztahů. Za prvé se zaměřili na symptomy PTSP, kde objevili lineární vztah mezi symptomy a PTR. Lineární vztah může být specifický pro osoby s nádorovým onemocněním, jelikož u jiných traumatických událostí se objevuje nelineární vztah (např. Levine et al., 2008; Butler et al., (2005). Jedním z vysvětlení je, že onkologická onemocnění představují dlouhotrvající

onemocnění, které může trvat celý život kvůli závažnosti, prognóze, agresivní léčbě a snížené autonomii, kdy jedinec může být závislý na pomoci druhé osoby i po vyléčení. Zároveň vztah může být ovlivněn časovým odstupem od události, kdy v tomto případě se růst zkoumal až po 12 letech od nemoci na rozdíl od jiných studií, které zkoumaly symptomy PTSP a PTR několik měsíců po události. Pokud se ovšem porovnává růst ve skupině dětí a adolescentů, vyšších hodnot dosahují adolescenti vyššího věku (Yi & Kim, 2014).

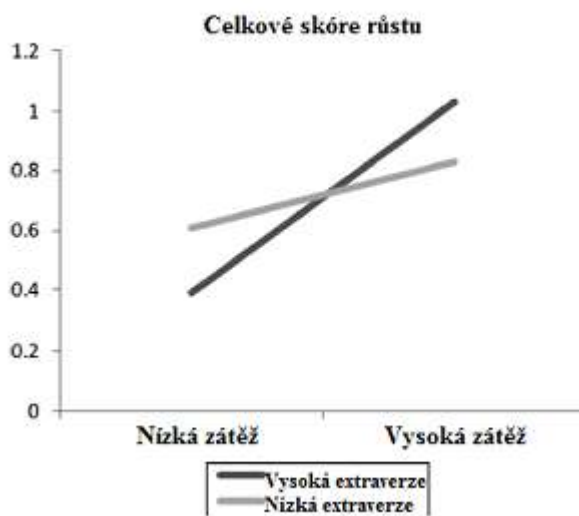
Věk hraje důležitou roli v posttraumatickém růstu. Ukazuje se, že dospělá populace snáší negativní události lépe než adolescenti a staří lidé. Většího posttraumatického růstu dosahují jedinci starší 35 let než jedinci ve věku 18 – 34 let, ale v rámci studií je patrné, že rozvoj může nastat v každém věku a záleží na okolní podpoře. Ve většině případů nezávisle na věku se objevuje nelineární vztah mezi PTSP a PTR, což znamená, že pro posttraumatický rozvoj osobnosti je zapotřebí přiměřené množství stresu a úzkosti (Vishnevsky et al., 2010).

Další specifickou skupinou, která není příliš zkoumaná, jsou staří lidé. U starší populace ovlivňuje vztah mezi posttraumatickým stresem a růstem dvě perspektivy, kterými jsou subjektivní věk a vzdálenost od smrti. Největší rozvoj byl zaznamenán u jedinců, kteří uváděli mladší subjektivní věk a vnímali delší dobu do své smrti. V druhé polovině života se tak subjektivní hodnocení věku stává lepším prediktorem. Pokud jedinec vnímá svůj věk subjektivně nižší, zlepšuje to jeho fyzické fungování, vnímá vyšší well-being a nižší pocit tísně a snížení rizika úmrtí, jelikož jedinec se příliš nezaměřuje na zdravotní problémy, ale na pozitivní události jeho života. Trauma tudíž ovlivňuje vnímání sebe sama a toto vnímání sebe může snížit well-being a snížit i délku života (Palgi, 2016). V rámci růstu u starších jedinců se ukazuje, že s PTR pozitivně koreluje podpora duchovní stránky a kognitivní zpracování životních událostí a hledání jejich významu (López, Camilli & Noriega, 2015).

4.3 Osobnost před traumatem

Pětistupňový model osobnosti, který vypracovali Costa a McCrae, patří mezi komplexní taxonomii charakteristik vyššího řádu. Jejich model se skládá z faktorů extraverte, neurotismu, otevřenosti vůči zkušenosti, přívětivosti a svědomitosti. Každý tento osobnostní rys ovlivňuje jedince při zpracování traumatické události a představuje základ pro zkoumání vlivu osobnosti na PTR (Costa & McCrae, 1992).

Ve většině modelů je obsažena důležitost osobnosti před traumatem. Každý jedinec má určitý soubor vlastností, které mohou podporovat růst nebo naopak ho brzdit. Účinky extraverte na PTR se projevují v souvislosti s vyhodnocením negativní události (obr. 4). Pokud je jedinec extravertnější a stane se mu nějaká událost, nemusí v ní najít pozitivní důsledky. Důležitou roli hraje vnímání závažnosti události. PTR se projevuje při silně negativní události, jelikož pokud jedinec vyhodnotí situaci jako nenáročnou, nemusí zapojit dostatek úsilí a zvládacích mechanismů, aby situaci vyřešil (Karanci et al., 2012).



Obrázek 4: Vztah mezi PTR a extravertí (Karanci et al., 2012)

Z pětistupňového modelu osobnosti je neuroticismus nejvíce odpovědný za patologický posttraumatický výsledek, který předpovídá adaptační potíže při řešení situace či události. Neuroticismus, jako jediná charakteristika, negativně koreluje s PTR. Z různých výzkumů se ukazuje, že nejdůležitější roli hraje extraverte. Lidem s vyššími hodnotami extraverte pomáhá vypořádat se s situacemi snadněji. Otevřenost vůči zkušenosti souvisí s tendencí využívat kognitivní strategie. Jedinci s vyšší otevřeností hledají situace, kde by mohli využít tvořivého myšlení. Tito jedinci snadněji nacházejí přínosy v negativních událostech. Přívětivost se vyznačuje empatií, zdvořilostí, důvěryhodností a vstřícností a lidé očekávají, že se ostatní budou chovat podobným způsobem. Přívětiví lidé budou vnímat možnosti pozitivní změny v traumatické události. Poslední charakteristikou z modelu, která také ovlivňuje PTR, je svědomitost. Svědomitost se projevuje spolehlivostí, organizovaností a vytrvalostí. Bylo prokázáno, že vyšší úroveň svědomitosti souvisí s pozitivními změnami a s vnímáním objektivně pozitivních životních událostí (Shakespeare-Finch, Gow & Smith, 2005).

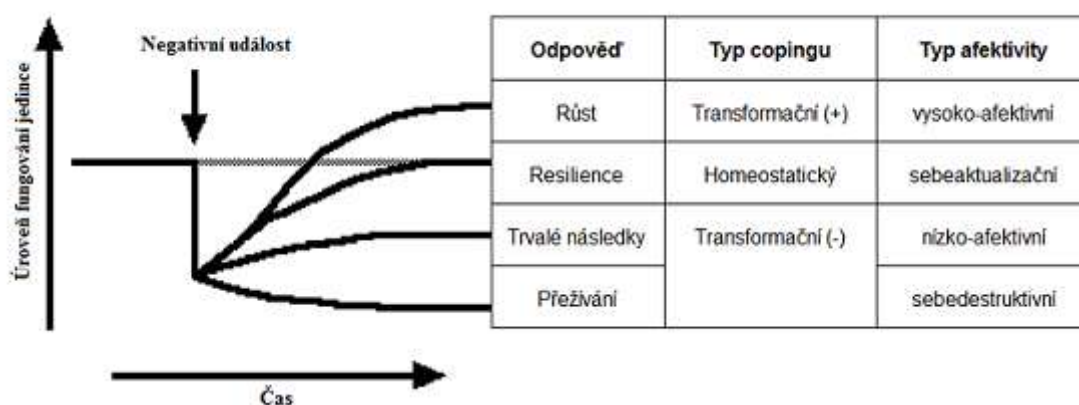
Tedeschi a Calhoun ve svém dotazníku popsali pět faktorů, které sytí PTR. Výše byl popsáno působení osobnostních charakteristik na celkový PTR, ale osobnostní charakteristiky se mohou projevit i v jednotlivých dimenzích PTR, které popsali Tedeschi a Calhoun. Ukazuje se, že extraverte je důležitá charakteristika ve všech faktorech PTR. Jak bylo popsáno výše závisí na kognitivním zhodnocení míry stresu, zda bude mít vliv na PTR, zda je potřeba využít vlastní mechanismy a daná událost je vnímána spíše jako výzva. Další osobnostní charakteristiky ovlivňují různé oblasti PTR. Svědomitost má největší vliv na dimenzi nových možností, spirituální změny, osobního růstu a ocenění života. Vyšší hodnoty ve škále přívětivosti usnadňují rozvoj nových možností, spirituální změně, ve vztazích s druhými a ocenění života. Vyšší hodnoty otevřenosti vůči zkušenosti se projevují v PTR v nových možnostech, vztazích s druhými a osobním růstu (Karanci et al., 2012).

Lze se na osobnost dívat i z jiné stránky, a to z pohledu emocionality. Emocionalita se dá rozdělit na negativní a pozitivní (Tellegen, 1985). Pozitivní emocionalita je v tomto případě charakterizována pocity nadšení, aktivity a pozornosti. Vysoké hodnoty v pozitivní emocionalitě značí jedince s vysokou mírou energie, pozornosti a angažovanosti. Zatímco nízká pozitivní emocionalita je popisována smutkem a letargií. Negativní afektivita je popisována jako úzkostnost a otupělost, která zahrnuje pocity hněvu, opovržení, viny a strachu, zatímco nízké hodnoty popisují stav klidu a pohody. Pozitivní a negativní afektivita se dá charakterizovat pomocí faktorů osobnosti extraverte a úzkostnosti/neuroticismu. Tudíž se předpokládá, že vyšších hodnot PTR dosahují jedinci, kteří mají vyšší pozitivní afektivitu (Watson, Clark & Tellegen, 1988).

Autoři Norlander, Bood a Archer (2002) navázali na Tellegenův model a dospěli k závěru, že lze kombinovat nízké a vysoké hodnoty, a tudíž vyvinuli model čtyř afektivních osobnostních typů. Prvním typem je sebeaktualizační (*self-actualization*), který dosahuje vysoké pozitivní emocionality a nízké negativní emocionality a vykazuje nejlepší výkon pod vlivem stresu. Druhým typem je vysoko-afektivní (*high affective*), jenž je popisován vysokými hodnotami jak pozitivní, tak negativní emocionality a během odpočinku má ze všech čtyř typů nejnižší systolický krevní tlak. Třetí typ je nízko-afektivní (*low affective*), u kterého je nízká pozitivní i negativní afektivita a jedinci tohoto typu vykazují nejhorší výsledky pod stresem. Posledním afektivním typem je sebedestruktivní (*self-destructive*), který dosahuje nízké pozitivní a vysoké negativní afektivity a také během odpočinku má nejvyšší systolický krevní tlak. Celkově první dva

typy vykazují lepší výsledky pod vlivem stresu a nižší krevní tlak než nízko-afektivní a sebe destruktivní.

Pokud se tyto čtyři typy aplikují na PTR (obr. 5), ukazuje se, že nejlepším předpokladem pro rozvoj mají jedinci s vysoko-afektivním osobnostním typem. Naopak nejmenší schopnost posttraumatického rozvoje dosáhli lidé s obecně nízkými hodnotami pozitivní emocionality. V rámci hodnocení všech čtyř typů je možné seřadit je od nejvyšší po nejnižší schopnosti posttraumatického růstu následovně: vysoko-afektivní, sebeaktualizační, nízko-afektivní a sebe destruktivní. Z toho vychází, že sebeaktualizační typ osobnosti bude mít větší šanci pozitivně růst po negativní události než sebe destruktivní typ (Norlander, Schedvin & Archer, 2005).



Obrázek 5: Integrující model růstu, copingu a afektivity (Norlander et al., 2005)

4.4 Doba od události

Na posttraumatický růst se lze dívat pohledem času, tj. jaká doba uplynula od traumatické události. Ve většině výzkumů se objevuje nelineární vztah mezi PTR a faktorem času. Ve studii Yi a Kim (2014) se zkoumal vztah mezi PTSP a PTR u onkologicky nemocných lidí. Objevuje se, že prevalence symptomů PTSP značně klesá do tří měsíců od ukončení onkologické léčby. Vztah mezi dobou od diagnózy a PTR může být ovlivněn výsledkem léčby, kdy pozitivní vztah mezi nimi může být silnější rok až dva od vyléčení než s odstupem několika let.

Tomich a Helgeson (2012) se ve své longitudinální studii zaměřili na PTR a kvalitu života u onkologicky nemocných lidí. Jejich cílem bylo popsat závislost PTR na čase. Zjistili, že jedinci s vysokou nebo nízkou mírou PTR na začátku studie měli nižší hodnoty depresivních symptomů než pacienti s průměrnou mírou růstu. Jedinci s nízkou nebo vysokou mírou PTR měli o tři měsíce později lepší fyzické zdraví než lidé s

průměrnými hodnotami a ve větší míře se u nich snižovaly depresivní příznaky. Dospěli k závěru, že průřezově se může jednat o lineární vztah mezi symptomy PTSP a PTR, ale longitudinálně mají symptomy PTSP a PTR nelineární vztah.

Autoři Helgeson, Reynolds a Tomich (2006) rozdělili události na ty, které se staly před dvěma lety a méně, a události, které se objevily před dvěma lety a více. Ze zjištění vyplývá, že jedinci, kteří zažili trauma před více než dvěma lety, dosahují nižší míry depresivních symptomů a větší spokojenosti v životě než lidé, u kterých se traumatická událost odehrála před dvěma lety.

Mezi PTR a časem nebyl nalezen lineární signifikantní vztah (Helgeson et al., 2006). I přesto role času není zanedbatelná, jelikož v čase se mění pohled na traumatickou událost, prožívání a ruminace. Krátce po události převládají spíše negativní emoce, ničí se naše předpoklady o spravedlivém a předvídatelném světě, po nějaké době od traumatu pomocí pozitivních ruminací a sociální opory dochází k záměrnému přemýšlení o situaci a hledání nového smyslu (Calhoun & Tedeschi, 1999).

4.5 Typ traumatu

Traumatických událostí je celá řada a mohou se týkat různých oblastí života. Traumatické události se mohou rozdělit na zdravotní, rodinné, pracovní problémy, přírodní katastrofy, násilné činy v době míru (např. přepadení, znásilnění, týrání) a násilné činy v době války. Trauma každý jedinec prožívá jinak a představuje si ho různě. Významnou roli hraje subjektivní vnímání a hodnocení negativní události (Mareš, 2012).

Proto hodnotit vztah mezi typem traumatu a PTR je velmi problematické. Události nemusí mít stejné charakteristiky a nelze jasně definovat negativní událost. PTR nejspíše nesouvisí s typem traumatu, ale důležitou roli sehrává subjektivní kognitivní zhodnocení. Růst bude ovlivněn tím, zda jedinec v situaci vnímal pocity bezmoci, bylo ohroženo jeho zdraví nebo život a zda měl určitou kontrolu nad nimi (Linley & Joseph, 2004).

Ukazuje se, že PTR se vyskytuje u rozličných jedinců, kteří čelí širokému spektru traumatických událostí. Je důležité si uvědomit, že k růstu nedochází přímým důsledkem vystavení traumatu, ale je to konflikt jednotlivce s novou realitou, a tudíž člověk je v tomto procesu rozhodující činitel při určování rozsahu PTR.

Mnoho autorů se zabývá identifikováním podmínek, které usnadňují růst, ale na druhou stranu je potřeba poznat okolnosti, které růstu brání. Wortmanová popsala pět

vlastností události, které narušují růst. Za prvé trauma se týká násilí nebo zmrzačení, za druhé je trauma způsobeno nedbalostí jiné osoby, a je tudíž považováno za zbytečné, za třetí je zde úmysl ublížit, za čtvrté pachatel nepřipouští žádnou vinu za způsobené neštěstí a za páté nebylo dosaženo spravedlnosti, kdy pachatel nebyl souzen (Wortman, 2004).

Jedinec nemusí být přítomen osobně traumatické události, aby na něj působily účinky PTR. V literatuře je popisován sekundární posttraumatický rozvoj, který se objevuje u jedinců, kteří byli nepřímo vystaveni traumatu. Jedná se o rodiny člověka, jenž zažil osobně negativní událost. Tato zprostředkovaná zkušenost je popisována u dětí a manželek válečných zajatců a veteránů. Předpokládá se, že blízká osoba vystavená stresu z otcova traumatu může začít hodnotit svůj život z hlediska přínosů a celkového smyslu života, a tudíž je schopna zažít psychologický růst, který by jinak nezažila. Z výsledků se ukazuje, že děti válečných zajatců uvádějí vyšší hodnoty rozvoje, který souvisí s vyšší mírou extraverze (Zerach, 2015). Tyto pozitivní asociace byly nalezeny také mezi manželkami válečných zajatců (Solomon & Dekel, 2007).

4.6 Kognitivní zhodnocení události

Traumatická událost vyvolává silné emoce, které jsou doplněné myšlenkami o ní. Kognitivní zpracování je složité a obzvláště na začátku je obtížné pod vlivem emocí racionálně přemýšlet o události a může dojít k různým zkreslením.

Prvotní zpracování většinou probíhá vtíravými myšlenkami, které se opakovaně vrací a v odborné literatuře se nazývají ruminace. Tyto myšlenky nemají charakter nějakého cíleného řešení. Jedinec se stále vrací k události, přemítá o ní. Toto myšlení produkuje v jedinci nepříjemné, negativní emoce. Jedinec si stále opakuje celou událost a prožívá pocity zhroucení, ztráty dosavadních předpokladů a nedokáže přemýšlet o ničem jiném. V této chvíli se obrací do minulosti a uvažuje, co měl změnit, aby se nestalo neštěstí. Přítomnost je pro něj nepříjemná, jelikož si uvědomuje, co ztratil a že jeho svět už nebude jako předtím. Budoucnost si v této chvíli neumí představit, má pocit, že pro něj skončil život (Mareš, 2012).

Postupně, nějaký čas od události, začíná přemýšlet o události klidněji, bez silných negativních emocí. Toto opětovné promýšlení je již rozváznější a jedinec uvažuje o všech důsledcích a hodnotí událost z různých hledisek. Jedinec se snaží informace o události utřídit a uvědomit si, co se stalo a jak to změnilo jeho život. Přemýšlí již konkrétně, jak musí své předpoklady změnit, a uvažuje nad svojí budoucností, jak začlenit tuto událost do

svého života, aby mohl zvládat normální život. Autoři Tedeschi a Calhoun tento proces ruminací nevnímají pouze s negativní konotací, jako něco nepříjemného, vtíravého a nekonstruktivního, ale v ruminacích vidí i pozitivní aspekt, kdy v úmyslném a vědomém přemýšlení o události lze najít smysl události nebo řešení problému (Calhoun & Tedeschi, 1999).

Ruminace se mohou rozdělit do čtyř typů, a to vtíravé myšlenky po události a po určité době a myšlenky záměrné ihned po události a po uplynutí určité doby. Automatické, vtíravé myšlenky po události lze považovat za náznak toho, že událost měla významný dopad na jedince. Čím více jsou tyto myšlenky po události rušivé, tím pozitivněji korelují s PTR. Vtíravé myšlenky mohou být základem pro proces úmyslných a záměrných ruminací, které v konečném důsledku mohou usnadňovat růst. Úmyslné, konstruktivní myšlenky zlepšují růst, jelikož se jedinec více angažuje a více přemýšlí o způsobech, jak se dostat z nepříjemné situace, nebo snadněji rozpoznává pozitivní aspekty situace (Taku, Cann, Tedeschi & Calhoun, 2009).

V ideálním případě se postupem času vtíravé myšlenky nahrazují úmyslnějšími ruminacemi a budováním nových předpokladů. Přetrvávající rušivé a vtíravé myšlenky mohou mít za následek vyšší hladiny deprese. Pokračování úmyslného přemítání o události může znamenat probíhající proces přestavby předvídatelného světa a začlenění změn do svého života (Taku, Cann, Tedeschi, & Calhoun, 2009). Tyto úmyslné myšlenky mají tři funkce. Za prvé jsou reparující, tj. napravují škody, za druhé jsou nestrukturující, tj. upravují dosavadní předpoklady o sobě, lidech a světě, za třetí jsou rekonstruující, což znamená, že vytvářejí nové a funkčnější předpoklady (Janoff-Bulman, 2014).

4.7 Odolnost

Pro úspěšné zvládnutí náročné situace je potřeba mít určitou míru odolnosti. Mezi nejznámější pojmy patří resilience, sense of coherence a hardiness (Paulík, 2010).

Někteří autoři resilienci vnímají jako osobnostní rys, jako něco vrozeného, nebo jako proces, kdy odolnost ovlivňuje interakce jedince se situací (Paulík, 2010). Resilience má mnoho definic, např. „*schopnost nenechat se výrazněji vyvést z míry, rychle po odeznění zátěže obnovit původní stav akceschopnosti i kreativně využít poznatky z již zvládnuté zátěže s vynaložením odpovídajícího volního úsilí v další adaptaci.*“ (Paulík, 2010, s. 102) Všechny ji hodnotí jako pozitivní adaptaci, obecně se jedná o schopnost udržet si psychické zdraví navzdory nepříjemným situacím (Herrman, Stewart, Diaz-

Granados, Berger, Jackson & Yuen, 2011) nebo schopnost přizpůsobit se po těžkých momentech života (Rutter, 1987). Nejdůležitějšími vlastnostmi resilience jsou pružnost, houževnatost a elasticnost, které pomáhají jedinci bojovat s negativní situací (Křivohlavý, 2001). Z dynamického pohledu se resilience projevuje v aktivitě osoby, kdy využívá aktivně svých schopností a dovedností. Dokáže se vyhýbat stresorům nebo se aktivně snaží o jejich eliminaci a v konkrétní situaci je člověk schopen změnit své chování, aby dosáhl lepšího výsledku (Paulík, 2010).

Jak bylo popsáno výše, resilience má mnoho definic, proto se může projevovat v několika podobách. Za prvé se jedná o schopnost odolávat tlakům, volit optimální vzorce chování a zvládat situaci bez vážných následků (*resistance*), za druhé se projevuje v rychlé regeneraci a navrácení do původního stavu (*recovery*) a za třetí v získání nových dovedností a zkušeností pro lepší zvládnutí následujících zátěží (*reconfiguration*) (Lepore & Revenson, 2014).

Resilience se může projevovat ve třech případech. Odolného člověka lze pozorovat v případě, kde jedinec čelí vysokému riziku, ale dosahuje lepších výsledků, než se očekává. Nebo v případě, že jedinec si zachovává pozitivní adaptaci, i když čelí negativním okolnostem. Třetí možnost se projevuje právě v PTR, kdy jedinec i přes prožité trauma se dokáže uzdravit, popřípadě dosáhnout lepšího přizpůsobení (Masten, Best & Garmezy, 1990). Odolnější člověk se může cítit spokojeněji, jeho výsledky odpovídají jeho možnostem a má méně rodinných, partnerských a zdravotních problémů (Paulík, 2010).

Na resilienci se podílí několik proaktivních faktorů, jež jako zdroje mohou přispívat k lepšímu vyrovnání se s nepříznivými okolnostmi. Mezi tyto zdroje patří základní materiální zdroje, jako je dostupná finanční podpora, vzdělání, zaměstnání a zajištění základních potřeb. Dále dobré vztahy s významnými druhými lidmi, vlastní identifikace svých silných a slabých stránek, hodnot a životního smyslu a s tím souvisejícího přesvědčení a hodnoty místní komunity. Pro odolnost je důležité mít zkušenost s péčí o sebe a věřit, že má schopnost změnit nepříznivé podmínky. Odolnost se zvyšuje, pokud jedinec našel smysluplnou roli ve společnosti a našel vyšší smysl vlastního života i to, že člověka něco převyšuje spirituálně nebo vztahově (Ungar, Brown, Liebenberg & Othman, 2007).

Souvislost mezi PTR a resiliencí není jednoznačná. Někteří autoři zjistili, že spolu souvisí a resilience pomáhá k PTR (Ogińska-Bulik, 2018; Kaye-Tzadok & Davidson-Arad, 2016), naopak někteří nenašli žádnou korelaci mezi nimi (Rodríguez-Rey et al., 2017). Podle různých teorií PTR je maximální, pokud je odolnost na průměrné úrovni. V extrémních úrovních odolnosti jak nízké, tak vysoké hodnoty, PTR klesá (Kaye-Tzadok & Davidson-Arad, 2016). Taktéž je nárůst patrný i v jednotlivých dimenzích PTR, nejvíce je zřetelný v hodnotách osobního růstu, zatímco nejmenší nárůst lze pozorovat ve spirituální změně (Ogińska-Bulik, 2018).

Tedeschi a Calhoun upozorňují, že resilience působí pouze na vyrovnávací mechanismy, které chrání jednotlivce před negativními následky traumatu. Podle nich resilience pomáhá jedinci zotavit se z traumatické události bez nějaké vážnější poruchy na rozdíl od PTR, který transformuje osobnost na úroveň, která je vyšší než před traumatem (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Sense of coherence se týká dlouhodobé osobnostní orientace, kdy je svět vnímán jako smysluplný. Jeho základem je předpoklad, že svět je předvídatelný a spravedlivý. Sense of coherence se vyznačuje uvědoměním si, že problémy lze svými vlastními silami zvládnout a vyřešit je. Zároveň jedinec vnímá situace jako srozumitelné a pochopitelné. Úspěšné a smysluplné řešení vyvolává pozitivní emoce (Antonovsky, 1987).

Do velké skupiny nezdolnosti patří též pojem hardiness. Kobasová v roce 1979 charakterizovala termín hardiness jako pevnost, zdatnost. Hardiness se považuje za schopnost vytrvale bojovat proti nepříjemnostem a těžkým situacím. Podobně jako u sense of coherence nebo resilience se hardiness projevuje uvědoměním si vlastních možností, aby člověk dokázal situaci zvládnout. Jedinec se pohybuje při hodnocení situace mezi póly výzva a hrozba. Důležitou vlastností hardiness je osobní zaujetí (*commitment*), které se projevuje angažovaností, smysluplností a důvěrou v to, co jedinec dělá (Kobasa, 1979). Taktéž u hardiness se projevilo, že na jeho vliv na PTR je závislý na závažnosti události. Pokud je událost mimořádně náročná, posahují jedinci s vyšší úrovní hardiness vyššího PTR (Waysman, Schwarzwald & Solomon, 2001).

4.8 Locus of control

Locus of control se překládá jako umístění vlivu, kontroly a místo řízení a považuje se za celkově stabilní vlastnost. Umístěním vlivu se zabýval Julian B. Rotter, který v roce 1966 představil tuto myšlenku ve svém článku *Generalized Expectancies for*

Internal versus External Control of Reinforcement. Rozlišil dvě místa kontroly, a to interní a externí. Místo kontroly vychází z teorie sociálního učení, kdy umístění závisí na tom, jak jedinec hodnotí odměnu předchozího učení, zda ji vnímá jako výsledek svého chování nebo jako nezávislou a náhodnou (Rotter, 1966).

Interní lokalizace kontroly se vyznačuje kladením důrazu na vlastní chování a schopnosti. Výsledky událostí jsou brány jako důsledek jedincova chování. Jedinci s interním místem kontroly jsou závislí na vlastních schopnostech, přistupují k činnostem aktivně a věří, že svůj život mají pevně v rukách (Rotter, 1966). Při stresové situaci jsou internalisté spíše racionální a hledají možná řešení problému (Declerck, De Brabander, Boone & Gerits, 2002). V rámci zvládání náročné životní situace má pozitivnější vliv interní místo kontroly, jelikož lidé jsou aktivnější a jsou přesvědčení, že výsledek je závislý na jejich vlastních schopnostech a mají dostatek sil, aby ji zvládli vlastními silami. Při řešení situace aktivně vyhledávají informace a zaměřují se spíše na pozitivní emoce (Kebza, 2005).

Lidé s externím místem kontroly nevidí souvislost mezi svým chováním a důsledky nějaké situace. Průběh života a činy v něm jsou určovány především vnějšími okolnostmi, kdy jejich vlastní chování má vliv na výsledek události (Rotter, 1966). Při stresující události u nich převládá spíše emocionální reakce (Declerck et al., 2002).

V rámci závislosti mezi locus of control a PTR se tudíž předpokládá, že lidé s interním místem kontroly zvládají lépe náročné situace než lidé s externím místem kontroly. Internalisté věří, že mohou ovlivnit výsledky svých činností a ovládají vše, co se v nim děje, externalisté však nevnímají, že by měli kontrolu nad situací a vše, co se děje v jejich životě je výsledkem štěstí a náhody (Cummings & Swickert, 2010). Výsledky některých studií potvrzují tuto hypotézu a uvádějí, že interní místo kontroly má vliv na PTR a interní místo souvisí s vyššími hodnotami PTR (Zarin Khanjani, Foroughan, Hosseini, Bakhshi & Kamali, 2017).

4.9 Copingové strategie

Lidé jednají v situacích podle naučených mechanismů. Při náročné situaci nemusí být mechanismy zvládání stresu dostatečně účinné a musí dojít k jejich přehodnocení a využití jiných prostředků. Těmto mechanismům se říká copingové mechanismy a jedním z cílů terapeuta je identifikovat jedincovy strategie a popřípadě ukázat na další možné způsoby řešení (Mareš, 2012).

Coping a copingové strategie pomáhají zvládat náročné životní situace a traumata. „Coping se uplatňuje v případech, kdy je zátěž vzhledem k odolnosti osobnosti nadlimitní nebo podlimitní, a je tedy potřebné vyvinout zvýšené úsilí k vyrovnání se s ní.“ (Paulík, 2010, s. 79.) Nejvýznamněji k tomuto tématu přispěli Lazarus a Folkmanová, kteří systematicky zkoumali možnosti zvládání stresu a náročných situací (Lazarus & Folkman, 1984). Za copingové strategie lze považovat postup, jak předejít určitému stresu nebo ho alespoň snížit a dosáhnout cíle. Copingové strategie lze popsat jako vyšší úroveň adaptace na náročnou situaci, kdy jedinec nemá dostatečné zkušenosti nebo vědomosti při řešení problému. (Křivohlavý, 1994) Coping se s každou situací mění, a je tudíž dynamický a flexibilní, jelikož při využívání stále jednoho rigidního způsobu by bylo složité přizpůsobit se měnícím se okolnostem (Folkman & Lazarus, 1980).

Copingové strategie lze rozdělit do dvou teoretických přístupů. Prvním přístupem je dispoziční, který chápe metody zvládání jako stabilní predispozice jak reagovat na stres. V tomto přístupu je preferována jedna strategie, která je využívána často, nezávisle na stresové situaci. Na druhou stranu situační přístup zohledňuje vliv situace na chování jedince. Příčiny určitého chování závisí na vyhodnocení události. Předpokládají se tři typy událostí, kdy je situace vnímána jako výzva, ohrožení nebo ztráta. Každý typ události vyvolává jinou reakci a jiné copingové strategie, např. pokud je situace hodnocena jako výzva, jedinec bude více aktivní a bude hledat řešení situace. Později se vytvořil interakční přístup, který zohledňuje oba předchozí a dává je do interakce. Podle tohoto přístupu hraje roli jak situace, tak kognitivní, emoční a motivační faktory jedince (Baumgartner, 2001).

První klasifikaci copingových strategií vytvořili Lazarus a Folkmanová. Základním rozdělením jsou strategie zaměřené na problém (*problem-focused coping*) a strategie zaměřené na emoce (*emotion-focused coping*). Strategie zaměřené na problém se zaměřují na aktivní řešení situace a vynaložení úsilí. Projevují se v podobě hledání informací, vlastní činnosti, změně chování a vyhledávání pomoci druhých. Tato strategie se využívá v případě, že se vyhodnotí jako řešitelná a vlastním úsilím zvládnutelná. Strategie zaměřené na emoce se na druhou stranu zaměřují na redukci negativních emocí. Snaží se zmírnit dopady stresové události. Při této strategii se jedinec pokouší vyhýbat myšlenkám na nebezpečnou situaci a upravuje názor na událost a dává jevům jiný význam. Tato strategie se nejčastěji využívá v situacích, které se vyhodnotí jako neřešitelné (Lazarus, 1993).

Carver, Scheier a Weintraum vytvořili v roce 1989 vlastní typologii, která čítá 15 strategií. Na tyto strategie vytvořili dotazník, který je znám pod názvem *Coping Orientations to the Problems Experienced* (COPE). Autoři vypracovali 15 strategií na základě předešlých teoretických předpokladů. Ve svém výběrů mechanismů popisují funkční a méně funkční typy a využívají k jejich popisu dispoziční a situační pojetí copingových strategií (Carver, Scheier & Weintraub, 1989).

Mezi tyto strategie patří:

- Aktivní coping (*active coping*) – jedinec aktivně jedná za účelem odstranit stresor
- Plánování (*planning*) – uvažování nad situací a výběr vhodného způsobu jak překonat překážku
- Potlačení ostatních aktivit (*suppression of competing activities*) – minimalizace ostatních činností
- Sebeovládání (*restraint coping*) – vyčkávání na vhodnou chvíli a nejednat předčasně
- Vyhledávání instrumentální sociální podpory (*seeking support for instrumental reasons*) – vyhledávání pomoci a rad od druhých
- Vyhledávání emoční sociální opory (*seeking social support for emotional reasons*) – získávání podpory a porozumění od druhých
- Zaměření na emoce a jejich projevy (*focusing on and venting of emotions*) – tendence zaměřit se na negativní zážitky a ventilace těchto pocitů
- Stažení se (*behavioral disengagement*) – snížení úsilí o vyřešení a odstranění stresoru
- Mentální stažení se (*mental disengagement*) – rozptýlení se jinými činnostmi, denní snění
- Pozitivní přehodnocení a růst (*positive reinterpretation and growth*) – vnímání stresu jako pozitivní zátěže, která vede k aktivnímu jednání
- Popření (*denial*) – minimalizování stresu a tím usnadnění jeho zvládnutí, neboť může vytvářet další problémy
- Přijetí (*acceptance*) – přijímání stresující situace a snaha o řešení
- Obrácení se k víře (*turning to religion*) – emoční podpora a pozitivní reinterpretace
- Užívání alkoholu a drog (*alcohol – drug disengagement*)
- Humor (*humor*) (Carver et al., 1989).

PTR byl pozitivně spojen s některými copingovými strategiemi. Mezi takové strategie patří aktivní zvládání, emocionální podpora, instrumentální podpora, ventilace, pozitivní přerámování, plánování, přijetí a náboženství (Morton, White & Young, 2015).

Rozšířeným dotazníkem zkoumající copingové strategie je *Streßverarbeitungsfragebogen* (SVF 78) autorů Janke a Erdmannová, který je překládán do českého jazyka jako Strategie zvládání stresu. Autoři vymezují 13 různých strategií, které rozdělují na pozitivní a negativní. Sedm z těchto mechanismů hodnotí jako pozitivní a čtyři jako negativní (Janke & Erdmannová, 2003).

Číslo subtestu	Název subtestu	Charakteristika
1	Podhodnocení	Ve srovnání s ostatními si přisuzovat menší míru stresu
2	Odmítání viny	Zdůraznit, že nejde o vlastní odpovědnost
3	Odklon	Odklon od zátěžových aktivit/situací, případně příklon k situacím inkompatibilním se stresem
4	Náhradní uspokojení	Obrátit se k pozitivním aktivitám/situacím
5	Kontrola situace	Analyzovat situaci, plánovat a uskutečnit jednání za účelem kontroly a řešení problému
6	Kontrola reakcí	Zajistit nebo udržet kontrolu vlastních reakcí
7	Pozitivní sebeinstrukce	Přisuzovat sobě kompetenci a schopnost kontroly
8	Potřeba sociální opory	Přání zajistit si pohovor, sociální oporu a pomoc
9	Vyhýbání se	Předsevzetí zamezit zátěží nebo se jim vyhnout
10	Úniková tendence	Tendence (rezignační) vyváznout ze zátěžové situace

11	Perseverace	Nedokázat se myšlenkově odpoutat, dlouho přemítat
12	Rezignace	Vzdávat se s pocitem bezmoci, beznaděje
13	Sebeobviňování	Připisovat zátěže vlastnímu chybnému jednání

Tabulka 2: Copingové strategie dle SVF 78 (Janke & Erdmannová, 2003, s. 10)

5. Intervence a možnosti růstu

Existují různé možnosti jak zmírnit úzkost a stres z traumatické události a podpořit tím růst. Vyrovnávání se s traumatem a docílení posttraumatického růstu nemá zatím žádnou speciálně navrženou intervenci, proto se často využívají metody z různých terapeutických přístupů (Roepke, 2015).

Při práci s traumatizovaným jedincem se využívají převážně čtyři aktivity, které pomáhají pochopit událost a začlenit ji do života. Mezi tyto aktivity patří v první řadě desenzibilizace, dále vyprávění o události, navození pocitu bezpečí a jistoty ze strany terapeuta a práce s ním na různých možnostech, jak lze předejít dalším problémům, a na závěr rekonstrukce pohledu na svět (Mareš, 2012).

Lidé po traumatické události mají tendenci vyhýbat se místům, činnostem nebo jiným lidem, které jim připomínají prožitou událost. Toto vyhýbavé chování brání v dalším růstu nebo normálním fungování, jelikož jedinec je stále pod silnou úzkostí a napětím. V rámci desenzibilizace se využívá převážně expozice čili vystavování obávaným situacím. „*Expozice spočívá v tom, že se na potřebnou dobu vystavíme podnětu, situaci nebo činnosti, které se obáváme*“ (Pešek, Praško & Štípek, 2013, s. 184). Jedná se o to, že postupnou expozicí podnětu se úzkost zmenšuje a situace je vnímána opět jako kontrolovaná (Pešek et al., 2013).

Písemné, popřípadě mluvené vyjádření je charakterizováno psaním nebo mluvením o traumatu a zasažený má přesně popsat událost. Tato metoda má pomoci k vyjádření emočních procesů v bezpečném prostředí a vyvarovat se pozdějších negativních emocí, pomáhá navyknout si na traumatické myšlenky, aby člověk nebyl překvapený, když se po čase opět objeví, a také je tato metoda významná k vytvoření si vhledu na situaci a pochopení významu události a následků (Roepke, 2015). U této metody by se jedinci měli zaměřovat spíše na pozitivní emoce a vyhýbat se příliš negativním slovům. Ovšem po traumatické události se doporučuje, aby jak pozitivních, tak negativních slov nebylo příliš. Největší vliv na lepší zpracování události měli lidé, jejichž poměr pozitivních a negativních slov je 3:1. V psaném projevu je taktéž důležité využívat slova označující příčinnost (např. protože, důvod, účinek) a vhled (např. smysl, vědět, rozumět, zvážit). Tato slova pomáhají vytvořit příběh a hledat v něm nějaký smysl (Joseph, 2017).

Další vhodnou metodou je vyprávění příběhů, jelikož jedinci jsou znepokojeni vzpomínkami na událost. Často je obsah těchto vzpomínek pokřivený a nepřesný. Jedinci si na začátku musí interpretovat situaci a podle toho vytváří příběh. „*Prostřednictvím vyprávění příběhů se tak lidé snaží porozumět tomu, co se jim přihodilo a jaký to má význam.*“ (Joseph, 2017, s. 161).

Další prací s traumatizovaným jedincem je navození bezpečí a jistoty. Tato část se snaží poukázat klientovi další možnosti, jak se vypořádat s událostí. Terapeut se snaží zapojit jedince do sociálních skupin, hledat sociální oporu a utužovat mezilidské vztahy. Klientovi jsou nabízeny nové mechanismy zvládání, copingové strategie, a učí ho protektivním postupům, které zabraňují podobné reakci při další události nebo je učí předcházet také situaci (Mareš, 2012).

Na závěr tohoto procesu se využívá technika kognitivní restrukturalizace. V rámci terapie dochází ke změně přesvědčení o sobě a o světě. Dochází ke změně negativního přesvědčení v pozitivní, taktéž pomáhá učit lidi v sociálních dovednostech, jako je naučit se přijímat sociální podporu, sdílet zážitky s ostatními, najít nějaký cíl a smysl života (Roepke, 2015). Pomocí kognitivní restrukturalizace se vytvářejí nové alternativní a vyváženější myšlenky, které jsou více vyváženějšími způsoby uvažování a hodnocení události (Pešek et al., 2013).

Stephen Joseph (2017), který se zabývá studiem traumatu, růstu a resiliencí, vytvořil svépomocný model THRIVE. Tento model pomáhá jedincům vypořádat se s těžkou negativní událostí. Na začátku je důležité si uvědomit tři klíčové myšlenky, které vytvářejí rámec pro vnímání události jako možnosti růstu. První myšlenkou je, že člověk není v tom sám a není nic špatného, když vyhledá odbornou pomoc. Druhou myšlenkou je, že trauma je přirozený proces. Lidé se stydí za svoje emoce a chování po události. Je potřeba si uvědomit, že lidé prožívají traumata různě a je normální cítit smutek, hněv či vinu. A třetí myšlenka je, že růst je cesta a trvá nějaký čas.

Model THRIVE se skládá ze šesti stádií. První stádium se nazývá „Příprava zásob“, aby jedinec měl dostatek energie na vyrovnání se s náročnou situací, tudíž by měl v prvotní fázi myslet na dostatečný spánek a pravidelnou stravu. Bezprostředně po události může být jedinec zmatený a dezorientovaný, proto je důležité myslet na základní fyzické potřeby. V první fázi jde převážně o překonání prvotních následků traumatu a je nutné postupně se snažit nastavit režim dne a zvládnout úvodní negativní emoce a

myšlenky. Proto je důležité zabezpečit bezpečí, jídlo a dostatečný spánek. Naučit se opět relaxovat a být stále aktivní, kdy při cvičení člověk přestává myslet na problémy. Dále by si měl v této fázi jedinec uvědomovat spouštěče a pozorovat svoje reakce, nevyhýbat se myšlenkám a emocím a přemýšlet o nich. Taktéž pomáhá nebýt na vše sám a nevyhýbat se druhým lidem (Joseph, 2017).

Ve druhém stádiu se jedinec orientuje na naději. Po traumatu člověk svůj život vnímá beznadějně, proto je důležité nepodceňovat naději, která může pomoci v následném růstu. Pokud jedinec má naději, že se to zlepší, znamená to, že mu to není jedno a stále se snaží zvládnout nastalou situaci. V této fázi taktéž pomáhá sociální opora a jedinec by měl začít přemýšlet o budoucnosti, v níž překoná trauma (Joseph, 2017).

Třetí stádium se orientuje na růstové myšlení a opětovné převzetí kontroly nad svým životem. Je důležité uvažovat o alternativách a změnách ve svém životě a hledat nový životní smysl a nahradit stávající, který nemusí být již konstruktivní a možný (Joseph, 2017).

Další stádia jsou již o vnímání změny a využívání těchto změn v životě. Ve čtvrté fázi je důležité identifikovat změny a vnímat pozitivní důsledky těchto změn. V páté fázi se jedná o vlastní ocenění těchto změn. Zároveň je dobré učit se vděčnosti, jelikož po předešlých zkušenostech se vše může změnit a člověk by si měl aktuálních věcí vážit a oceňovat i drobnosti. V šesté fázi jde o převádění změny do praxe a využívání nových předpokladů a názorů v utužování mezilidských vztahů, osobním rozvoji nebo v dalších stránkách jedincova života (Joseph, 2017).

6. Profesní nároky pracovníka zdravotnické záchranné služby

Zdravotnická záchranná služba patří do oblasti přednemocniční urgentní medicíny. *„Urgentní medicína se zabývá multidisciplinární problematikou diagnostiky, prvotním ošetřením a léčením náhle vzniklých stavů bezprostředního ohrožení života a všech náhlých onemocnění a úrazů (= akutních stavů) na místě výskytu, při dopravě postižených pozemními nebo leteckými prostředky zdravotnické záchranné služby a při přechodu z přednemocniční do nemocniční neodkladné péče“* (Pokorný, 2004, s. 3).

Podobu povolání zdravotnického záchranáře stanovuje zákon Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 96/2004 Sb. v platném znění o nelékařských zdravotnických povoláních, § 17 a předpisy s ním souvisejícími. Pracovní činnost zdravotnického záchranáře je definována:

„(1) Zdravotnický záchranář vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace vykonává činnosti v rámci specifické ošetrovatelské péče při poskytování přednemocniční neodkladné péče a dále při poskytování akutní lůžkové péče intenzivní, včetně péče na urgentním příjmu. Přitom zejména může

- a) monitorovat a hodnotit vitální funkce včetně snímání elektrokardiografického záznamu, průběžného sledování a hodnocení poruch rytmu, vyšetření a monitorování pulzním oxymetrem,*
- b) zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitaci s použitím ručních křísicích vaků, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu,*
- c) zajišťovat periferní žilní nebo intraoseální vstup, aplikovat krystaloidní roztoky a provádět nitrožilní aplikaci roztoků glukózy u pacienta s ověřenou hypoglykemií,*
- d) provádět laboratorní vyšetření určená pro neodkladnou péči a hodnotit je,*
- e) obsluhovat a udržovat vybavení všech kategorií dopravních prostředků, řídit pozemní dopravní prostředky, a to i v obtížných podmínkách jízdy s využitím výstražných zvukových a světelných zařízení,*
- f) provádět první ošetření ran, včetně zástavy krvácení,*
- g) zajišťovat nebo provádět bezpečné vyproštění, polohování, imobilizaci, transport pacientů a zajišťovat bezpečnost pacientů během transportu,*

h) vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při řešení následků mimořádných událostí při provádění záchranných a likvidačních prací v rámci integrovaného záchranného systému,

i) zajišťovat v případě potřeby péči o tělo zemřelého,

j) přejímat, kontrolovat a ukládat léčivé přípravky, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,

k) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu,

m) provádět neodkladné výkony v rámci probíhajícího porodu a první ošetření novorozence,

n) přijímat, evidovat a vyhodnocovat tísňové výzvy z hlediska závažnosti zdravotního stavu pacienta a podle stupně naléhavosti zabezpečovat odpovídající způsob jejich řešení za použití telekomunikační a sdělovací techniky,

o) provádět telefonní instruktáž k poskytování první pomoci a poskytovat další potřebné rady za použití vhodného psychologického přístupu,

p) zavádět a udržovat inhalační a kyslíkovou terapii.

(2) Zdravotnický záchranář při poskytování přednemocniční neodkladné péče a dále při poskytování akutní lůžkové péče intenzivní, včetně péče na urgentním příjmu může bez odborného dohledu na základě indikace lékaře vykonávat činnosti při poskytování diagnostické a léčebné péče. Přitom zejména může

a) zajišťovat dýchací cesty dostupnými pomůckami, zavádět a udržovat inhalační kyslíkovou terapii, zajišťovat přístrojovou ventilaci s parametry určenými lékařem, pečovat o dýchací cesty pacientů i při umělé plicní ventilaci,

b) podávat léčivé přípravky, včetně krevních derivátů,

c) asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků a ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji,

d) provádět katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let,

e) odebírat biologický materiál na vyšetření.

(3) Zdravotnický záchranář dále při poskytování přednemocniční neodkladné péče a dále při poskytování akutní lůžkové péče intenzivní, včetně péče na urgentním příjmu, vykonává činnosti podle § 4 odst. 1 písm. d), f), n), r).“ (Zákon č. 96/2004 Sb.)

Urgentní medicína se začala rozvíjet v 70. letech ve Spojených státech amerických jako reakce na nové možnosti a pokroky v lékařství. Na důvody vzniku urgentní medicíny mělo vliv vypracování metodiky neodkladné resuscitace, zkušenosti z lékařství na bitevním poli 2. světové války a technický pokrok, který byl zaznamenán v lékařství. Taktéž v České republice se začal rozvíjet v polovině 70. let a zaměřoval se především na anesteziologickou péči, resuscitační péči, rychlou zdravotnickou pomoc a analgosedaci (Pokorný, 2004).

Výjezdová skupina ihned po přijetí oznámení vyjíždí na místo události. Jejich základní činností je provedení diagnostické rozvahy a nutná léčebná opatření k zajištění základních životních funkcí, poté převážejí zraněného člověka do zdravotnického zařízení, které je schopno poskytnout definitivní léčbu. Během transportu jsou monitorovány základní životní funkce a podle potřeby se okamžitě reaguje na možné změny (Pokorný, 2004).

Zdravotnická záchranná služba zasahuje u velkého množství případů. Jednotlivé problémy se dají shrnout do pěti větších celků. Zdravotnická záchranná služba zasahuje u případů, které bezprostředně ohrožují život (bezvědomí, zástava krevního oběhu, masivní krvácení, polytraumata, popálení, oběšení) nebo vyjíždí k případům, které mohou vést k prohlubování chorobných změn a náhlé smrti (poruchy srdečního rytmu, mdloby, křečové stavy, poranění břicha, hrudníku, překotný porod), další oblastí jsou poranění, které bez rychlého poskytnutí odborné první pomoci způsobí trvalé chorobné změny (poranění páteře, zlomeniny dlouhých kostí, poranění očí). Čtvrtým okruhem výjezdů jsou náhlá utrpení a náhlá bolest (kruté bolesti břicha, náhle vzniklá bolest vyvolávající výrazné utrpení) nebo zasahují u případů, které způsobují změny v chování postiženého a ohrožují jeho nebo okolí (akutní psychózy, toxikomanie, suicidiální pokusy) (Koutecký, 2004).

Přednemocniční neodkladná péče je realizována čtyřmi různými způsoby. Za prvé je poskytována formou rychlé zdravotnické pomoci (RZP) v sanitním voze, ve kterém na místo nehody jede zdravotnický záchranář a řidič, druhou možností je rychlá lékařská pomoc (RLP), která je ve složení lékař, zdravotnický záchranář a řidič, dalším typem je tzv.

rendes vous (RV), kde lékař a řidič jedou na místo v osobním voze bez možnosti přepravit zraněného. Poslední možností je přednemocniční neokladná péče realizovaná leteckou záchrannou službou. (Humpl, Prokop & Tobiášová, 2013). V roce 2010 bylo v České republice 280 výjezdových stanovišť, z toho 10 stanovišť bylo letecké záchranné služby (Sigmund, 2011).

Národní soustava povolání vymezuje klíčové kompetence v povolání zdravotnický záchranář. Kromě odborných a obecných znalostí popisuje tzv. soft skills, které jsou potřebné pro kvalitní vykonávání povolání a jsou nezávislé na konkrétní odbornosti. Vymezují šest základních kompetencí. První z nich je efektivní komunikace, u které je potřeba jasné formulování myšlenek, naslouchání názorů druhých a asertivní reakce na vzniklou situaci. Druhou kompetencí je aktivní spolupráce. Záchranář by se měl ochotně zapojovat, nabízet informace a respektovat druhé i výsledky jejich úsilí. Třetí kompetence je výkonnost a představuje nejvýznamnější charakteristiku. Výkonnost se projevuje zájmem pracovat dobře. Výkon záchranáře by měl být stabilní a spolehlivý. Rozvinutá kompetence znamená výraznou orientaci na výkon i výsledek, jedinec reaguje na zpětnou vazbu a snaží se poučit z chyb, zároveň označuje určitou míru sebekontroly a sebemotivace. U tohoto povolání je důležitá rozvinutá samostatnost, kdy jedinec dokáže úkol rozdělit na dílčí kroky, při plnění úkolu je schopen pracovat samostatně a zároveň se nebojí převzít zodpovědnost a podstoupit určité riziko. Další kompetencí, kterou popisuje Národní soustava povolání za důležitou, je ochota celoživotně se učit a znát své slabé stránky a dokázat je kompenzovat. Taktéž analyzuje své úspěchy a neúspěchy a snaží se je oceňovat nebo zlepšovat. Poslední kompetencí, neméně důležitou, je zvládání zátěže. Záchranář musí podávat velmi dobrý výkon i ve stresových situacích, nenechává se odradit a neúspěch vnímá jako příležitost. Zároveň musí důvěřovat svým schopnostem (<https://nsp.cz/jednotka-prace/zdravotnicky-zachranar-bac5>)

V rámci zkoumání osobnosti zdravotnických záchranářů byla provedena studie, která vymezuje jejich typické vlastnosti. Mezi tyto vlastnosti patří vysoká aktivita, odolnost vůči silné zátěži, zaměření na detail, okamžité ocenění, akceptace rizika a vnitřní motivace. (Šeblová, Kebza, Vignerová & Čepická, 2009). Na druhou stranu jsou tyto pracovníci vystaveni nepřetržitému stresu a mohou se u nich projevit negativní faktory související se syndromem vyhoření. K faktorům, které mohou mít vliv na nepohodu záchranáře, potažmo syndrom vyhoření patří nadměrné požadavky na výkon, častý kontakt s nemocnými a umírajícími a vysoká míra odpovědnosti (Humpl et al., 2013).

Zdravotníci záchranáři jsou neustále vystaveni vysoké míry stresu, a tudíž musí mít vysoce rozvinutou odolnost a další vlastnosti, které pomáhají zvládnout mimořádně závažnou situaci. Zdravotníci záchranáři se střetávají se širokým spektrem událostí, kdy některé jsou vnímány daleko náročněji. Mezi nejtěžší situace z pohledu záchranáře patří nezdařená kardiopulmonální resuscitace a úrazy dětí, kontakt s agresivním pacientem, situace ohrožení vlastního života záchranáře, hromadná neštěstí či obzvláště „krvavé“ dopravní nehody, ošetření vlastních příbuzných a známých, výjezd k těžkým popáleninám, kontakt se zohavenými těly (Andršová, 2012). Do oblasti kritických událostí, se kterými se záchranář může potkat, dále patří události extrémních sebevražd či násilné smrti, setkání s krutou smrtí u postižené osoby, konfrontace s extrémně postiženou obětí, smrt nebo vážné zranění kolegy ve službě a medializovaná událost (Humpl et al., 2013).

6.1 Systém psychosociální intervenční služby

Zdravotníci záchranáři jsou ve své práci neustále vystaveni stresu, který je často kumulovaný a chronický. Taktéž se setkávají s různými formami utrpení a smrti, zoufalstvím příbuzných obětí, popřípadě vlastním ohrožením života. Tudíž je zde vysoké riziko syndromu vyhoření, psychosomatických obtíží, závislostí nebo posttraumatické stresové poruchy (<https://spis.cz/kdo-jsme/podpora-zdravotnikum/>).

Systém psychosociální intervenční služby (SPIS) poskytuje pomoc profesionálním záchranářům, kteří prožili náročnou stresovou situaci nebo jsou dlouhodobě zatíženi. SPIS poskytuje pomoc po proběhlé události, zároveň pomáhá při zvládání nadlimitní zátěže a akutní stresové reakce. Službu lze shrnout do těchto činností: *„Informuje, edukuje, napomáhá vytvoření odolnosti proti psychické zátěži, vede k pochopení a přijetí reakce na náročnou situaci, přispívá k normalizaci stresové reakce, seznamuje s vhodnými způsoby adaptace na stres a psychickou zátěž“* (Humpl et al., 2013, s. 87).

Systém psychosociální intervenční služby byl oficiálně založen na podzim roku 2010. V roce 2014 rozšířila tato služba svoji činnost o poskytování první psychické pomoci, která se týká pomoci osobám zasaženým náročnou situací, nejčastěji pozůstalým. První psychická pomoc přispívá k zvládnutí náročné události a poskytnutí plánu pro bezprostřední kroky, které musí pozůstalý učinit, dále informuje o možnostech následné péče a předává kontakt na krizová centra. Taktéž informuje o průběhu akutní stresové reakce (<https://spis.cz/kdo-jsme/prvni-psychicka-pomoc-sekunderne-zasazenym/>).

SPIS je primárně veden v podobě kolegiální pomoci, kdy interventem (*peerem*) je současně kolega a pracuje taktéž jako záchranář. Poskytování služby není nahrazení psychoterapie nebo psychiatrické léčby a probíhá nejčastěji jednorázově a krátkou dobu. Při pomoci se vychází z předpokladu, že zdravotník je profesionál, který nevyžaduje psychologickou péči, ale při nadlimitní zátěži potřebuje podporu. Po této intervenci může dojít ke zlepšení zvládání stresu a návratu k běžné výkonnosti. Jak bylo řečeno, peer není psychologem ani nemá potřebné vzdělání na vedení terapie, ale absolvoval kurz první psychické pomoci. Peer se snaží o podporu soběstačnosti každého jedince a přenesení zodpovědnosti za své zdraví na jedince, jelikož každý má vybudovanou určitou míru odolnosti a pomocí sociálního prostředí a peerů lze náročné situace zvládnout (<https://spis.cz/kdo-jsme/podpora-zdravotnikum/>).

Peer podpora poskytuje praktickou pomoc, podporu a hledání vlastních možností pro obnovu zdraví a energie. Tato služba funguje na principu dobrovolnosti a každý ji může přijmout nebo odmítnout. Základem služby je efektivnější zvládání zátěže a usnadnění prožívání smutku, aby se jedinec mohl rychle vrátit na obvyklou úroveň fungování. Výhodou této služby je, že peeri pochází z prostředí, u kterého znají pracovní problematiku a jednotlivé náročné situace. Tudiž je předpoklad, že záchranáři raději využijí tuto službu, jelikož peer je kolega a má podobné zážitky a zkušenosti, než aby vyhledávali pomoc od psychologa nebo psychoterapeuta (<https://spis.cz/kdo-jsme/podpora-zdravotnikum/>).

Výzkumná část

7. Cíle výzkumu

V předešlé teoretické části je popsán koncept posttraumatického růstu a představeny faktory, které se podílejí na rozvoji. Mnoho výzkumů, jak je vidět v předešlé části, se zaměřuje na rozvoj obětí traumatické události a pouze v malé míře se výzkumníci zaměřují na sekundární traumatizaci a rozvoj záchranných složek. Členové záchranných složek se denně střetávají s mimořádnými událostmi, které jsou vysoce stresující. Bylo popsáno mnoho případů rozvoje jedinců, kteří prožili nějakou ztrátu. V menší míře se výzkumníci zabývají vlivem těchto událostí na osoby, které s nimi přicházejí do kontaktu, pomáhají jim, ale nejsou v bližším vztahu s postiženou osobou. Diplomová práce se zaměřuje na práci zdravotnického záchranáře, jelikož náročnost této profese může ovlivňovat jeho běžný život a zprostředkovaná zkušenost s utrpením zasažených lidí může vyústit v prožívání některých benefitů PTR a změně předpokladů o světě, které mohou vyústit v oceňování každého dne.

Cílem výzkumu realizovaného v rámci této diplomové práce je zjistit, zda u zdravotnických záchranářů dochází vlivem střetávání se s náročnými událostmi k posttraumatickému růstu. Dalším cílem této práce je zmapovat nejčastější copingové strategie, které využívají zdravotničtí záchranáři, a jejich působení na celkový růst. V rámci výzkumu bude prověřován vztah mezi mechanismy zvládání stresu a adaptací na náročné situace a rozvoj osobnosti. Dále bude zkoumán vztah mezi některými proměnnými na straně traumatu a dalších vybraných charakteristik záchranáře. V rámci diplomové práce bude zkoumáno, zda existuje souvislost mezi věkem respondenta, délkou pracovní činnosti u záchranného sboru a posttraumatickým růstem.

7.1 Výzkumné otázky a předpoklady

- I. VO: Dochází k posttraumatickému růstu u zaměstnanců zdravotnického záchranného sboru?
- II. VO: Jaké copingové strategie jsou u zdravotnických záchranářů nejvyužívanější?
- III. VO: Existuje souvislost mezi mírou posttraumatického růstu a využívanými copingovými strategiemi?

IV. VO: Existuje souvislost mezi PTR, délkou pracovní činnosti, věkem a dalších faktorů?

Výzkumné předpoklady vztahující se ke III. výzkumné otázce:

I. výzkumný předpoklad: Míra PTR bude pozitivně korelovat s větším využíváním pozitivních copingových strategií?

II. výzkumný předpoklad: Existuje souvislost mezi jednotlivými copingovými strategiemi a jednotlivými dimenzemi PTR?

Výzkumné předpoklady vztahující se ke IV. výzkumné otázce:

III. výzkumný předpoklad: Souvisí PTR s počtem let u ZZS?

IV. výzkumný předpoklad: Souvisí věk zdravotnického záchranáře s mírou PTR?

V. výzkumný předpoklad: Dosahují vyššího PTR muži nebo ženy?

VI. výzkumný předpoklad: Souvisí jednotlivé dimenze PTR a pohlaví?

VII. výzkumný předpoklad: Souvisí PTR na tom, zda je záchranář bezdětný nebo má děti?

VIII. výzkumný předpoklad: Souvisí rozvoj jednotlivých dimenzí na tom, zda je záchranář bezdětný nebo má děti?

8. Výzkumné metody

Testová baterie, která byla použita v rámci výzkumu, se skládala z dotazníku *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI-CZ) od autorů Tedeschi a Calhouna, jehož českou verzi vytvořili Preiss, Krutiš a Mareš, a z dotazníku *Strategie zvládání stresu* (SVF 78) autorů Janke a Erdmannová, který přeložil Švancara. Dotazníky byly doplněny o otázky na sociodemografické charakteristiky. Tato vytvořená baterie byla administrována dvojím způsobem. Některým stanicím byla předána v tištěné podobě, některé záchranné stanice požadovaly elektronickou podobu, tudíž byla využita platforma Google Forms.

8.1 PTGI-CZ

Pro měření posttraumatického růstu byla použita česká verze dotazníku *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI-CZ), který je nejčastěji používán při zkoumání této problematiky. Autoři Tedeschi a Calhoun vytvořili tento dotazník v roce 1996. Česká verze byla vytvořena v roce 2008 autory Preiss, Krutiš a Mareš. Dotazník zatím nemá k dispozici normy.

Dotazník se skládá ze tří částí. V první části respondent vybírá jednu z nabízených traumatických událostí, která mu změnila život. Na výběr má ze třinácti možností (tab. 2), zároveň má možnost napsat vlastní událost, která není v nabízených možnostech. Ve druhé části respondent volí dobu, která uplynula od náročné životní události. Respondent vybírá ze čtyř možností, kterými jsou 6 měsíců až jeden rok, jeden rok až dva roky, dva roky až pět let a poslední možností je, že se traumatická událost udála před více než 5 lety.

<input type="checkbox"/> ztráta milované osoby	<input type="checkbox"/> vážné finanční potíže
<input type="checkbox"/> vážná nemoc	<input type="checkbox"/> změna pracovní pozice nebo stěhování
<input type="checkbox"/> násilný čin, přepadení, týrání, znásilnění	<input type="checkbox"/> změna v rodině, ale rodina zůstává
<input type="checkbox"/> nehoda nebo zranění	<input type="checkbox"/> rozvod
<input type="checkbox"/> přírodní katastrofa, povodeň, požár, vichřice	<input type="checkbox"/> odchod do důchodu
<input type="checkbox"/> invalidita	<input type="checkbox"/> válka
<input type="checkbox"/> ztráta zaměstnání	<input type="checkbox"/> jiná těžká událost (vypište)

Tabulka 2: Traumatické události v dotazníku PTGI-CZ

V rámci výzkumného šetření této diplomové práce byla upravena první část dotazníku, kdy respondenti vybírali z událostí, které se týkají jejich práce. Upravená tabulka je zobrazena níže (tab. 3).

<input type="checkbox"/> těžké zranění člověka <input type="checkbox"/> úmrtí člověka <input type="checkbox"/> násilný čin, přepadení, týrání, znásilnění <input type="checkbox"/> sebevražda člověka <input type="checkbox"/> těžké zranění kolegy <input type="checkbox"/> úmrtí kolegy <input type="checkbox"/> sebevražda kolegy	<input type="checkbox"/> těžké zranění dítěte <input type="checkbox"/> úmrtí dítěte <input type="checkbox"/> nehoda s více oběťmi <input type="checkbox"/> selhání záchranné akce <input type="checkbox"/> jiná těžká událost (vypište)
--	---

Tabulka 3: Traumatické události týkající se práce zdravotnického záchranáře

Třetí část je složena z 21 výroků, které se vztahují k posttraumatickému růstu. Respondent hodnotí každý výrok na šestibodové stupnici, zda daná změna nastala a v jaké míře. Nabízená stupnice odpovědí je od 0 do 5, přičemž 0 znamená, že respondent nezažil takovou změnu a 5 znamená, že taková změna u něj nastala ve výrazné míře.

Dotazník PTGI-CZ hodnotí růst v pěti oblastech. Jelikož každou dimenzi sytí různý počet položek, lze v každé dimenzi dosáhnout různého výsledku. Pro přehled je zde uvedena tabulka č. 4, kde je uvedeno rozmezí, jakého výsledku mohou dosáhnout.

Vztahy s ostatními	0 – 35
Nové možnosti	0 – 25
Silné stránky jedince	0 – 20
Spirituální změna, změna v duchovní oblasti	0 – 10
Porozumění životu, pochopení života	0 – 15
Celkový skóre PTR	0 – 105

Tabulka 4: Hrubé skóre dotazníku PTGI-CZ

Třetí část poskytuje informace o dosažené míře posttraumatického růstu v pěti oblastech. Dotazník měří růst v oblasti vztahů s ostatními, nových možnostech, silných stránkách jedince, spirituální změně a v pochopení života. V následující tabulce je popsán klíč k vyhodnocení dotazníku a výčet položek, které sytí jednotlivé dimenze.

Klíč k dotazníku PTGI	
Název proměnné	Položky, které ji sytí
Vztahy s ostatními	6, 8, 9, 15, 16, 20, 21
Nové možnosti	3, 7, 11, 14, 17
Silné stránky jedince	4, 10, 12, 19
Spirituální změna, změna v duchovní oblasti	5, 18
Porozumění životu, pochopení života	1, 2, 13

Tabulka 5: Klíč k dotazníku PTGI

8.2 SVF 78

Dotazník Strategie zvládání stresu (SVF 78) byl vytvořen v roce 1997, upraven a zkrácen v roce 2002, jeho autory jsou Janke a Erdmannová. V roce 2003 byl přeložen do českého jazyka Josefem Švancarem. Jedná se o vícedimenzionální sebesuzovací inventář zachycující různé způsoby reakce na stres.

Dotazník obsahuje 78 výroků, které popisují různé způsoby, jak může člověk reagovat v situacích, kdy je něčím nebo někým poškozen nebo rozrušen. Respondent má za úkol na pětibodové škále uvést, nakolik odpovídá jeho způsobu reagování. Nabízená stupnice odpovědí je od 1 do 4, přičemž 1 znamená, že tento způsob vůbec neodpovídá jeho reagování a 4 znamená, že takto by zareagoval s velkou pravděpodobností.

Dotazník popisuje 13 způsobů, jak jedinec může reagovat na velkou zátěž. Jednotlivé subtesty jsou popsány v teoretické části v kapitole Copingové strategie. Dotazník lze vyhodnotit jednak na úrovni jednotlivých způsobů reagování popsaných výše, jednak na úrovni sekundárních hodnot. Sekundární hodnoty poskytují informace o využívání pozitivních a negativních strategií. Pozitivní strategie lze rozdělit do tří dílčích oblastí.

První dílčí oblast (POZ 1) se nazývá strategie přehodnocení a strategie devalvace, která je definována snahou přehodnotit a snížit závažnost stresoru a prožívání stresu. Oblast prezentují dva subtesty Podhodnocení a Odmítání viny. Druhá dílčí oblast (POZ 2) je popisována jako strategie odklonu. Tato strategie zahrnuje tendence jednání na odklon od stresující události, anebo na příklon k alternativním aktivitám. Tato dimenze zahrnuje subškály Odklon a Náhradní uspokojení. Třetí pozitivní dílčí oblast (POZ 3) se nazývá

strategie kontroly. Tato oblast zahrnuje konstruktivní snahy o zvládnutí situace a potvrzení svých kompetencí. Tato strategie je složena ze subškál Kontrola situace, Kontrola reakcí a Pozitivní sebeinstrukce. Mzi subškály, které se mohou hodnotit jako pozitivní i jako negativní, patří Potřeba sociální opory a Vyhýbání se. Tyto škály nejsou započítány do žádné oblasti, jelikož závisí na specifickém využití těchto strategií jedincem v určitém kontextu. Potřeba sociální opory se může projevit jako snaha navázat kontakt s druhými a tím získat podporu při řešení problému. Na druhou stranu se může jedinec projevovat pasivně, rezignovaně a bezmocně. Subškála Vyhýbání se může být pozitivní, pokud je zátěž příliš vysoká a nelze ji zvládnout regulačními možnostmi jedince. Na druhou stranu může být negativní, pokud se jedná pouze o to vyhnout se zátěži.

Mezi negativní strategie patří subškály Úniková tendence, Perseverace, Rezignace a Sebeobviňování. Tyto způsoby reagování spíše zesilují stres, jedinec devaluje vlastní kompetence, snaží se uniknout ze situace, má tendenci rezignovat a nedokáže se uvolnit.

9. Postup sběru dat a vyhodnocení

Sběr dat probíhal v tištěné i online podobě. Online sběr dat byl proveden pomocí platformy Google Forms. Data byla získávána od ledna 2019 do konce června 2019. V úvodní fázi byly kontaktovány stanice v Jihočeském kraji, konkrétně šlo o stanice v okrese Tábor a Písek. Zde byl sběr dat proveden v tištěné podobě. Po domluvě s hlavním lékařem záchranné stanice byl proveden první sběr dat. Záchranářům byla předána dotazníková baterie s instrukcemi a prohlášením, že toto šetření je anonymní, dobrovolné a data budou využity pouze pro účely diplomové práce. Zde byla největší návratnost dotazníků.

V další části sběru dat byly kontaktovány další krajské zdravotnické záchranné sbory. Žádost o vyplnění dotazníku byla poslána do 10 krajských ZZS. Na tuto žádost zareagovalo pět ZZS, že dotazníkové šetření je možné, ale pouze v elektronické podobě. Zdravotnický záchranný sbor Olomouckého kraje požadoval oficiální žádost o sběr dat. Po odeslání oficiální žádosti byl povolen sběr dat. Zdravotnický záchranný sbor Královehradeckého kraje požadoval zaplatit manipulační poplatek, což vzhledem k využití dat pro studentskou práci bylo odmítnuto. Zdravotnický záchranný sbor Libereckého kraje na žádost vůbec nereagoval. Tři zdravotnické záchranné sbory odpověděly, že výzkum v jejich kraji není možné realizovat z důvodu časové náročnosti, náročnosti jejich povolání a velkým množstvím jiných žádostí o výzkum a častým vyplňováním jiných dotazníků. Na žádost těchto sborů byl dotazník převeden do elektronické podoby pomocí platformy Google Forms a následně jim byl zaslán. Dotazník jim byl poslán s informací, že je zcela anonymní, dobrovolný a data budou využita v rámci diplomové práce. Tato informace byla doplněna o to, že je jim poslán odkaz, kde najdou dotazník, tudíž data, která poskytnou nebo nebudou nikde jinde zobrazena a nikdo jiný si je nepřečte. Zároveň jim bylo napsáno, že dotazník nemusí vyplňovat během pracovní doby, ale mohou vyplnit dotazník i doma, což napomáhalo k anonymitě, jelikož dotazník nemuseli vyplňovat přes pracovní počítač v zaměstnání. Tento sběr dat byl proveden od března do června roku 2019.

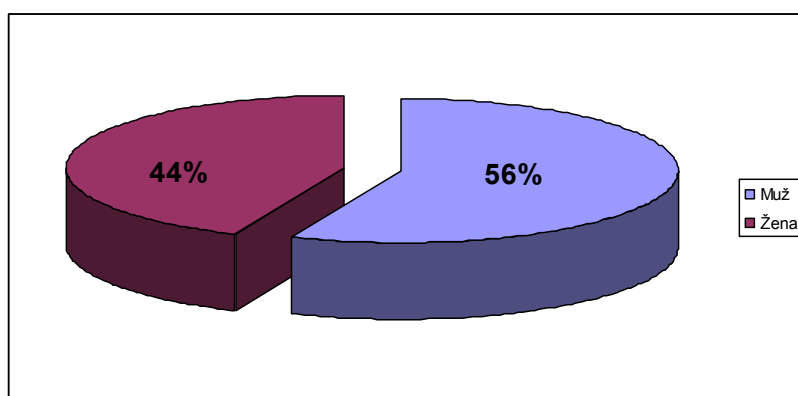
Přes všechna úskalí bylo vyplněno a navraceno 58 dotazníků. Sebraná data byla zaznamenána a zpracována pomocí MS Excel. Statistická analýza proběhla pomocí programu JASP.

10. Charakteristika výzkumného souboru

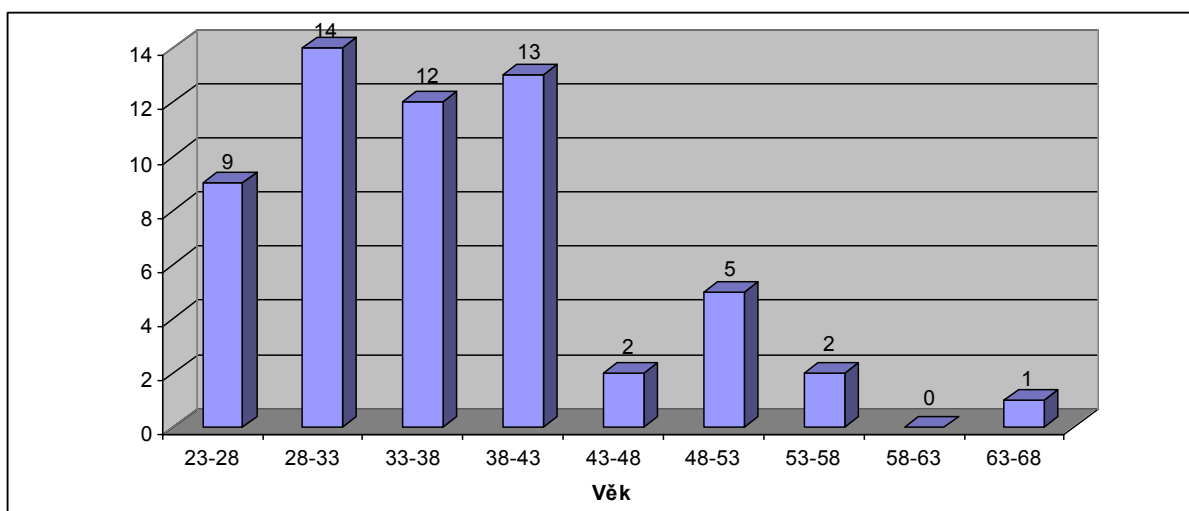
Výzkumný soubor tvořilo celkem 58 zaměstnanců zdravotnické záchranné služby. Dotazníkové šetření se zúčastnilo 35 mužů a 27 žen (graf 1). Věkové rozmezí bylo od 25 let do 65 let (graf 2). Věkový průměr respondentů byl 37,43 let a směrodatná odchylka 8,48. Nejpočetněji zastoupenou věkovou skupinou v souboru je skupina 28 – 33 let (24,14 %) a skupina 39 – 43 let (22,41 %), nejčastější odpovědí ve výzkumném souboru je 33 let. Celkově většina respondentů (82,76 %) ve výzkumném souboru byla ve věku do 43 let. Pro přehlednost deskriptivní statistiky týkající se respondentů je přiložena tabulka č. 5.

Respondenti	Věk
Počet	58
Průměr	37,43
Medián	35
Modus	33
Směrodatná odchylka	8,48
Minimum	25
Maximum	65

Tabulka 6: Věk respondentů



Graf 3: Rozdělení podle pohlaví

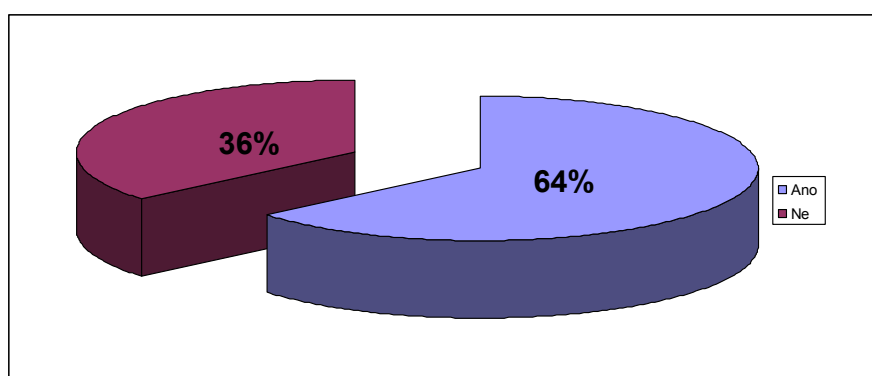


Graf 2: Věková struktura

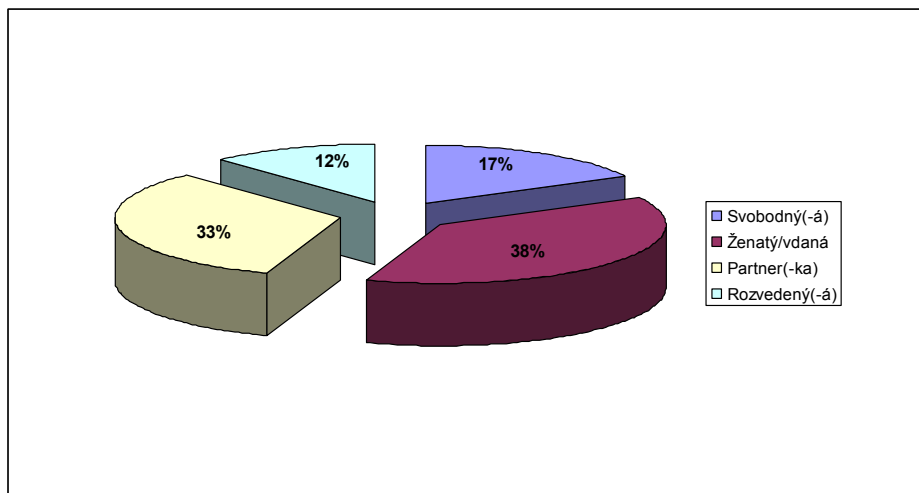
Z celkového počtu 58 respondentů 37 uvedlo, že mají potomka, 21 respondentů je bezdětných (graf 3). 70,69 % respondentů uvedlo, že žijí v manželství nebo mají stálého partnera nebo partnerku. 17,24 % respondentů je svobodných a 12,07 % respondentů je rozvedených (graf 4). Informace jsou zobrazeny v tabulce č. 6.

Rodinný stav	Četnost	Procenta	Kumulativní procenta
Svobodný(-á)	10	17,24	17,24
Ženatý/vdaná	22	37,93	55,17
Partner(-ka)	19	32,76	87,93
Rozvedený(-á)	7	12,07	100,0

Tabulka 7: Frekvence odpovědí na rodinný stav

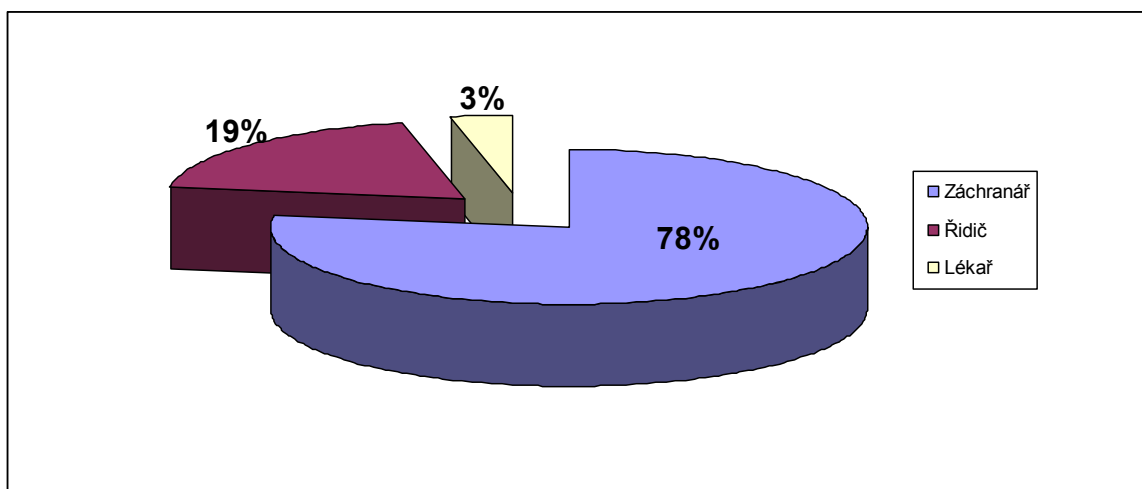


Graf 3: Rozdělení zda respondent má děti nebo ne



Graf 4: Rozdělení podle rodinného stavu

Jedna otázka v dotazníku se týkala pracovní pozice u ZZS (graf 5). Dotazník vyplnili převážně zdravotničtí záchranáři (77,59 %), s velkým rozdílem následovali zdravotničtí záchranáři na pozici řidiče (18,97 %). Nejmenší zastoupení měli lékaři, kdy dotazník vyplnili pouze dva (3,45 %).

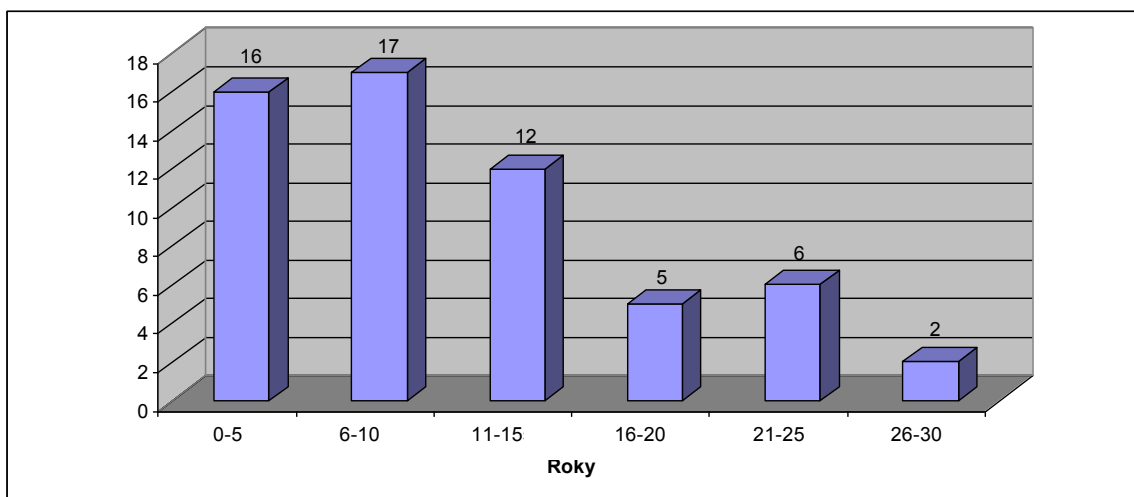


Graf 5: Pozice u ZZS

Poslední otázka zjišťovala, kolik let je respondent u ZZS (graf 6). Průměrná doba strávená ve službě je u výzkumného souboru 10,77 let se směrodatnou odchylkou 7,00. Minimální doba u záchranném sboru je jeden rok a maximální doba je 28 let. Většina respondentů (77,59 %) ve výzkumném souboru pracuje u ZZS maximálně 15 let. Informace jsou zaznamenány v tabulce č. 7.

Respondenti	Roky u ZZS
Počet	58
Průměr	10,77
Medián	10
Směrodatná odchylka	7,00
Minimum	1
Maximum	28

Tabulka 8: Počet let u ZZS



Graf 6: Počet let u ZZS

11. Výsledky

11.1 Deskriptivní statistika

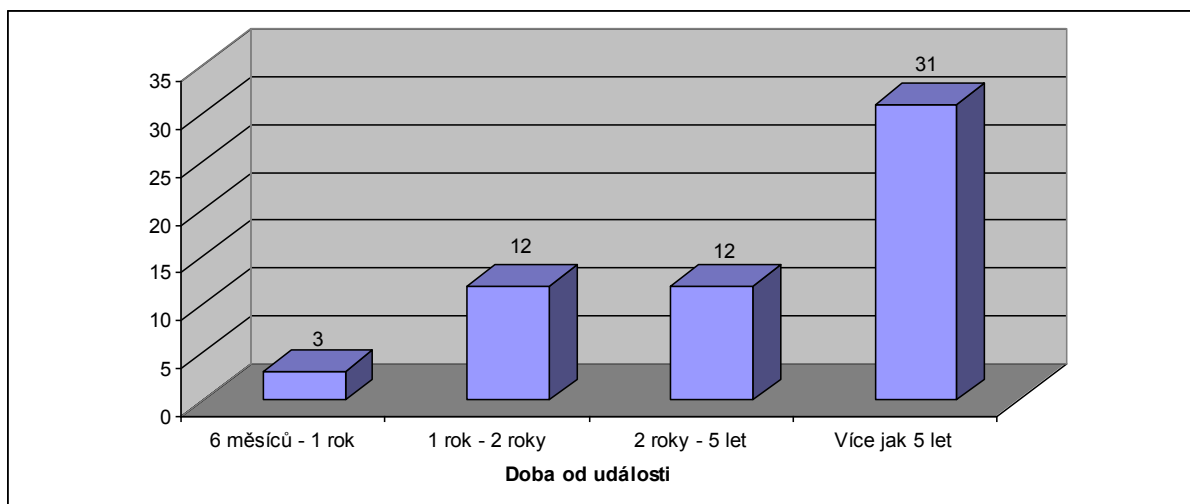
V předchozí kapitole byl popsán výzkumný vzorek. Nyní se diplomová práce zaměří na charakteristiky traumatické události a statistické testování výzkumných otázek.

Jedna část dotazníku PTGI-CZ se zaměřuje na charakteristiku traumatické události. Respondenti mají za úkol vybrat jednu z nabízených náročných událostí nebo napsat vlastní událost, která respondentovi změnila život. Zároveň má respondent za úkol vybrat mezi čtyřmi možnostmi, které se zabývají dobou od prožité události. V první části měli respondenti za úkol vybrat jednu z 11 nabízených variant traumatické události. V následující tabulce č. 8 jsou uvedeny četnosti jednotlivých odpovědí. Jak je patrné z tabulky, nejčastější odpovědí na traumatickou událost bylo úmrtí dítěte, kterou označilo 16 respondentů (27,59 %), druhou nejčastější událostí bylo úmrtí člověka, kterou vybralo 14 respondentů (24,14 %).

Mimořádná událost	Četnost	Procenta	Kumulativní procenta
Úmrtí člověka	14	24,14	24,14
Sebevražda člověka	2	3,45	27,59
Těžké zranění kolegy	1	1,72	29,31
Úmrtí kolegy	4	6,90	36,21
Těžké zranění dítěte	3	5,17	41,38
Úmrtí dítěte	16	27,59	68,97
Nehoda s více oběťmi	6	10,35	79,31
Selhání záchranné akce	3	5,17	84,48
Jiná	9	15,52	100,0

Tabulka 9: Četnost mimořádných událostí

V druhé části dotazníku byla položena otázka na dobu, která uplynula od náročné situace (graf 7). Respondenti nejčastěji uváděli dobu delší než pět let (53,45 %), naopak nejméně se vztahovali k události, která se odehrála mezi šesti měsíci a jedním rokem (5,17 %).

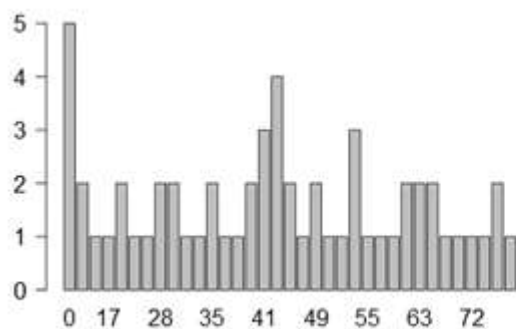


Graf 7: Doba od události

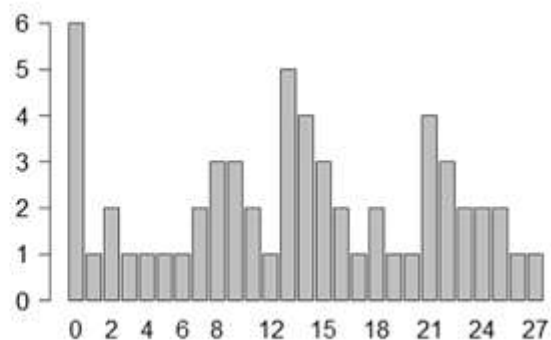
V rámci posttraumatického růstu respondenti odpovídali na 21 otázek. Průměrným výsledkem v celkovém posttraumatickém růstu bylo 41,85 se směrodatnou odchylkou 20,75. Rozmezí odpovědí se pohybovalo od 0 do 75. Výsledky celkové úrovně PTR i jednotlivých dimenzí jsou uvedeny v tabulce číslo 10. Pro lepší představu jsou výsledky zobrazeny také v grafické podobě (grafy č. 8, 9, 10, 11, 12, 13).

	Celkem PTR	Vztahy s ostatními	Nové možnosti	Silné stránky jedince	Spirituální změna	Pochopení života
Průměr	41,85	13,09	8,38	9,76	2,24	8,38
Medián	45	13,5	8	10,5	1,5	10
Směrodatná odchylka	20,75	8,03	5,71	4,96	2,42	4,33
Minimum	0	0	0	0	0	0
Maximum	75	27	21	19	10	15

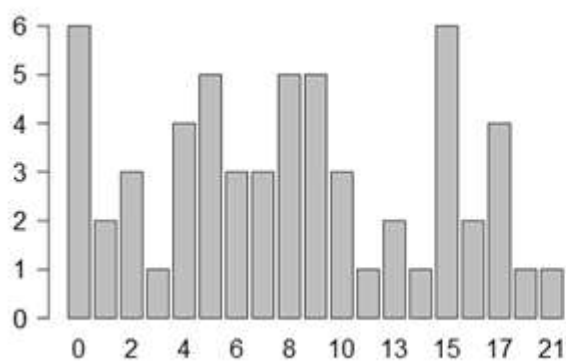
Tabulka 10: Hodnoty dosažené v dotazníku PTGI-CZ



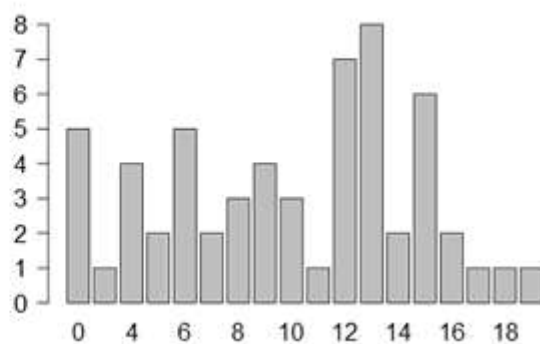
Graf 8: PTR celkem



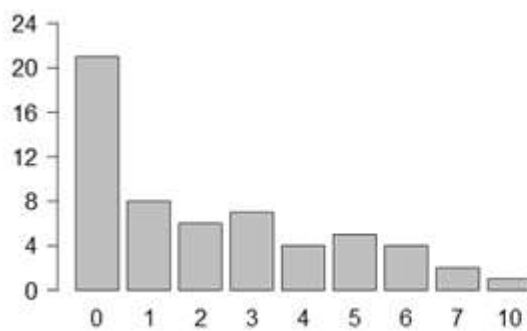
Graf 9: Vztahy s ostatními



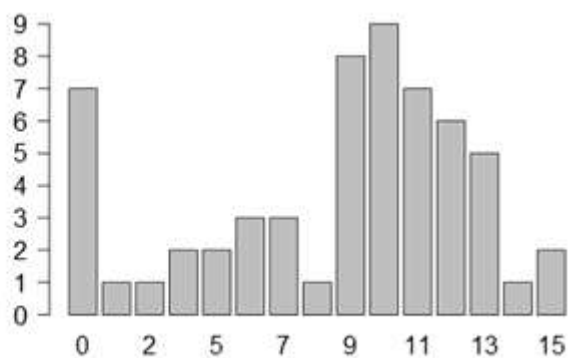
Graf 10: Nové možnosti



Graf 11: Silné stránky jedince



Graf 12: Spirituální změna



Graf 13: Pochopení života

I. výzkumná otázka: Dochází k posttraumatickému růstu u zaměstnanců zdravotnického záchraného sboru?

Výsledky dosažené z dotazníku PTGI-CZ lze rozdělit do tří skupin podle velikosti změny. U 21 respondentů (36,2 %) se projevuje pouze malá nebo žádná změna, kdy pět respondentů na všechny otázky odpovědělo nulou. U 32 respondentů (55,2 %) se projevují průměrné změny, kdy událost měla v některých oblastech rozvoje vliv na jejich změnu. U 5 respondentů (8,6 %) měla mimořádná událost vliv na přehodnocení jejich života a projevila se u nich výraznější změna.

II. výzkumná otázka: Jaké copingové strategie jsou u zdravotnických záchranářů nejvyužívanější?

Dotazník SVF 78 hodnotí zvládání stresu ve 13 škálách. Nejčastěji využívanou copingovou strategií je u zdravotnických záchranářů Kontrola situace (průměr 15,28). Mezi další často využívané strategie patří Pozitivní sebeinstrukce (průměr 14,55) a Kontrola reakcí (průměr 14,49). Podle výsledků výzkumného souboru nejméně záchranáři využívají strategie Rezignace (průměr 6,00), Sebeobviňování (průměr 6,90) a Úniková tendence (průměr 7,55). Z výsledků vyplývá, že záchranáři využívají více pozitivní copingové strategie než negativní, jelikož tři nejméně využívané strategie patří do oblasti negativních copingových strategií. Všechny údaje o jednotlivých škálách i celkovém skóru jsou obsaženy v tabulce č. 11.

Copingová strategie	Průměr	Medián	Směrodatná odchylka	Min	Max
Podhodnocení	11,19	12	4,32	1	22
Odmítání viny	11,88	12,5	4,60	0	20
Odklon	12,62	12	4,79	0	21
Náhradní uspokojení	10,60	11	4,76	1	23
Kontrola situace	15,28	16	4,20	4	24
Kontrola reakcí	14,45	15	4,44	0	23

Pozitivní sebeinstrukce	14,55	15	4,58	4	24
Potřeba sociální opory	12,52	13	5,02	2	23
Vyhýbání se	11,00	10,5	4,92	0	20
Úniková tendence	7,55	7	3,86	0	17
Perseverace	10,67	11,5	4,93	0	24
Rezignace	6,00	6	3,96	0	16
Sebeobviňování	6,90	6	4,68	0	19
POZ 1	11,53	11,5	3,71	1	19
POZ 2	11,61	11,5	3,81	1	20
POZ 3	14,76	14,835	3,63	2,67	22,33
Pozitivní strategie	12,94	13,57	2,93	4	18,71
Negativní strategie	7,78	7,5	3,7	0	15,5

Tabulka 11: Výsledky dotazníku SVF 78

11.2 Induktivní statistika

III. výzkumná otázka: Existuje souvislost mezi mírou posttraumatického růstu a využívanými copingovými strategiemi?

Třetí výzkumná otázka obsahuje dva předpoklady, které se týkají vztahu mezi PTR a copingovými strategiemi.

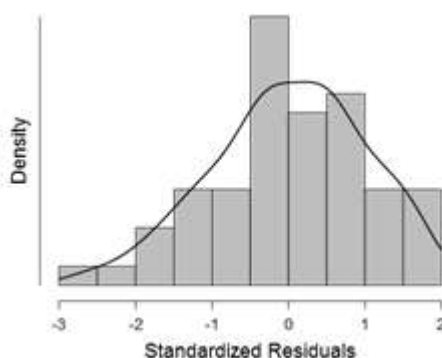
I. výzkumný předpoklad: Míra PTR bude pozitivně korelovat s větším využíváním pozitivních copingových strategií?

K testování tohoto výzkumného předpokladu byla zvolena lineární regresní analýza vzhledem k velkému počtu proměnných. Touto metodou bude zjištěno, které copingové strategie mohou pozitivně korelovat s posttraumatickým růstem. V rámci lineární regresní analýzy byly porovnány hrubé skóry celkové úrovně posttraumatického

růstu a hrubé skóry tří dílčích sekundárních strategií. Z výsledků vyplývá, že lineární regresní model vysvětluje 16,3 % variability posttraumatického růstu ($p < 0,05$). Signifikantní vztah ($p < 0,05$) vyšel v oblasti POZ 3, do které patří škály Kontrola situace, Kontrola reakcí a Pozitivní sebeinstrukce (tabulka č. 12).

	Unstandardized	Standard Error	Standardized	t	p
(Intercept)	5.464	11.913		0.459	0.648
POZ 1	-0.070	0.897	-0.012	-0.078	0.938
POZ 2	1.133	0.879	0.208	1.289	0.203
POZ 3	1.628	0.779	0.285	2.089	0.041

Tabulka 12: Vztahy mezi úrovní posttraumatického růstu a dílčích copingových strategií



Graf 14: Histogram regresních standardizovaných residuálů u PTR a copingových strategií

II. výzkumný předpoklad: Existuje souvislost mezi jednotlivými copingovými strategiemi a jednotlivými dimenzemi PTR?

Dále diplomová práce zkoumala vztah mezi jednotlivými copingovými strategiemi a jednotlivými dimenzemi posttraumatického růstu (tab. 13). Z dat vyplývá, že existuje signifikantní vztah mezi dimenzí Vztahy s ostatními a copingovými strategiemi Kontrola situace, Kontrola reakcí, Potřeba sociální opory a Vyhýbání se. U dimenze Nové možnosti se projevil signifikantní vztah mezi strategiemi Podhodnocení, Odklon, Kontrola reakcí, Pozitivní sebeinstrukce Vyhýbání se a Úniková tendence. Dimenze Silné stránky jedince signifikantně korelovalo se strategiemi Podhodnocení, Odklon a Pozitivní sebeinstrukce. Spirituální změna korelovalo se strategií Vyhýbání se. Porozumění životu signifikantně korelovalo s Potřebou sociální opory.

Spearman's rho		Vztahy s ostatními	Nové možnosti	Silné stránky jedince	Spirituální změna	Pochopení života
	Podhodnocení	-0.069	0.261*	0.318*	0.078	-0.068
		0.607	0.048	0.015	0.562	0.612
	Odmítání viny	0.183	0.115	0.189	0.083	0.146
		0.170	0.391	0.155	0.534	0.273
	Odklon	0.186	0.457***	0.322*	0.071	0.206
		0.163	< .001	0.014	0.596	0.120
	Náhradní uspokojení	0.141	0.035	0.105	0.007	0.140
		0.290	0.792	0.432	0.956	0.295
	Kontrola situace	0.336**	0.168	0.149	0.170	0.122
		0.010	0.207	0.265	0.203	0.363
	Kontrola reakcí	0.292*	0.377**	0.237	0.256	0.091
		0.026	0.004	0.074	0.052	0.499
	Pozitivní sebeinstrukce	0.213	0.342**	0.418**	0.024	0.219
		0.108	0.009	0.001	0.857	0.098
	Potřeba sociální opory	0.411**	0.155	0.162	0.081	0.299*
		0.001	0.247	0.223	0.544	0.023
	Vyhýbání se	0.384**	0.413**	0.181	0.376**	0.155
		0.003	0.001	0.173	0.004	0.244
	Úniková tendence	0.025	0.261*	0.126	0.111	0.011
		0.850	0.048	0.344	0.407	0.936
	Perseverace	0.111	0.092	0.051	-0.059	0.057
		0.406	0.492	0.702	0.662	0.670
	Rezignace	0.147	0.252	0.099	0.252	-0.024
		0.272	0.056	0.462	0.056	0.859
	Sebeobviňování	0.012	0.207	0.066	0.177	-0.053
		0.929	0.120	0.620	0.184	0.694
	* p < .05, ** p < .01, *** p < .001					

Tabulka 13: Testování vztahu mezi dimenzemi PTR a škálami SVF 78

IV. výzkumná otázka: Existuje souvislost mezi PTR, délkou pracovní činnosti, věkem a dalších faktorů?

Poslední výzkumná otázka se týkala dalších faktorů, které mohou ovlivňovat PTR. Mezi faktory, u kterých byla zjišťována souvislost s PTR, patří věk respondenta, počet let ve službě, zda mají děti a pohlaví. Jednotlivé faktory byly rozděleny do pěti výzkumných předpokladů, které byly statisticky testovány.

III. výzkumný předpoklad: Souvisí PTR s počtem let u ZZS?

V rámci čtvrté výzkumné otázky byl testován předpoklad, zda existuje vztah mezi počtem let u ZZS a rozvojem PTR. U této otázky nebyl zjištěn žádný signifikantní rozdíl a nenašel se žádný vztah mezi PTR a počtem let u ZZS (tab. č. 14).

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
1	Regression	919.624	1	919.624	2.181	0.145
	Residual	23609.979	56	421.607		
	Total	24529.603	57			

Coefficients

Model		Unstandardized	Standard Error	Standardized	t	p
1	(Intercept)	35.669	4.975		7.169	< .001
	Sluzba	0.574	0.388	0.194	1.477	0.145

Tabulka 14: Korelace mezi PTR a počtem let u ZZS

IV. výzkumný předpoklad: Souvisí věk zdravotnického záchranáře s mírou PTR?

Další výzkumný předpoklad se týkal vztahu mezi věkem zdravotnického záchranáře a mírou PTR. U této otázky nebyl zjištěn žádný signifikantní rozdíl a nenašel se žádný vztah mezi PTR a věkem zdravotnického záchranáře (tab. č. 15).

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
1	Regression	788.725	1	788.725	1.860	0.178
	Residual	23740.879	56	423.944		
	Total	24529.603	57			

Coefficients

Model		Unstandardized	Standard Error	Standardized	t	p
1	(Intercept)	25.424	12.339		2.060	0.044
	Vek	0.439	0.322	0.179	1.364	0.178

Tabulka 15: Korelace mezi PTR a věkem zdravotnického záchranáře

V. výzkumný předpoklad: Dosahují vyššího PTR muži nebo ženy?

Souvislost mezi PTR a pohlavím bylo testováno taktéž Mann-Whitney testem pro dva nezávislé výběry, jelikož se jedná o neparametrický test. Test byl vybrán z důvodu nedostatečné normality hodnot. Z výsledků vyplývá, že nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi zdravotnickými záchranáři ženami a muži (tab. č. 17).

Independent Samples T-Test					
	Test	Statistic	df	p	Effect Size
celkem	Student	1.350	56.000	0.183	0.362
	Welch	1.421	54.242	0.161	0.372
	Mann-Whitney	488.500		0.174	0.214

Tabulka 16: Testování vztahu mezi PTR a pohlavím

VI. výzkumný předpoklad: Souvisí jednotlivé dimenze PTR a pohlaví?

V další části výzkumu byly porovnány jednotlivé dimenze PTR a pohlavím. Z výsledku vyplývá, že signifikantního rozdílu bylo dosaženo u dimenze Vztahy s ostatními a Porozumění životu. V těchto dimenzích ženy dosahují signifikantně vyššího výsledku než muži (tab. č. 18).

	Test	Statistic	df	p	Effect Size
vztahy s ostatními	Student	2.137	56.000	0.019	0.574
	Welch	2.186	50.719	0.017	0.580
	Mann-Whitney	527.500		0.024	0.311
nove moznosti	Student	0.013	56.000	0.495	0.003
	Welch	0.013	48.822	0.495	0.003
	Mann-Whitney	399.500		0.522	-0.007
silne stranky jedince	Student	0.514	56.000	0.305	0.138
	Welch	0.517	48.186	0.304	0.138
	Mann-Whitney	424.000		0.369	0.053
spiritualni zmena	Student	-0.391	56.000	0.651	-0.105
	Welch	-0.404	52.339	0.656	-0.107
	Mann-Whitney	400.000		0.520	-0.006
pochopeni zivota	Student	2.263	56.000	0.014	0.608
	Welch	2.386	54.387	0.010	0.624
	Mann-Whitney	539.000		0.015	0.339

Tabulka 17: Testování dimenzí PTR a pohlavím

VII. výzkumný předpoklad: Souvisí PTR na tom, zda je záchranář bezdětný nebo má děti?

Souvislost mezi PTR a skutečností, zda je záchranář bezdětný nebo má děti, bylo testováno Mann-Whitney test pro dva nezávislé výběry, jelikož se jedná o neparametrický test. Test byl vybrán z důvodu nedostatečné normality hodnot. Z výsledků vyplývá, že nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi zdravotnickými záchranáři, kteří mají dítě nebo nemají (tab. č. 16).

Independent Samples T-Test					
	Test	Statistic	df	p	Effect Size
celkem	Student	0.258	56.000	0.797	0.070
	Welch	0.256	40.700	0.799	0.070
	Mann-Whitney	415.500		0.668	0.069

Tabulka 18: Testování vztahu mezi PTR a bezdětností

VIII. Souvisí rozvoj jednotlivých dimenzí na tom, zda je záchranář bezdětný nebo má děti.

Poslední částí výzkumu v rámci diplomové práce bylo porovnání jednotlivých dimenzí a skutečnosti, zda zdravotnický záchranář má dítě či ne. V rámci statistické analýzy nebyl zjištěn signifikantní rozdíl u žádné dimenze PTR a skutečností, zda je záchranář bezdětný nebo má dítě (tab. č. 19).

	Test	Statistic	df	p	Effect Size
vztahy s ostatními	Student	0.739	56.000	0.463	0.202
	Welch	0.774	47.625	0.443	0.207
	Mann-Whitney	436.000		0.446	0.122
nove moznosti	Student	0.283	56.000	0.778	0.077
	Welch	0.290	44.815	0.773	0.078
	Mann-Whitney	407.500		0.764	0.049
silne stranky jedince	Student	-0.222	56.000	0.825	-0.061
	Welch	-0.218	39.164	0.829	-0.060
	Mann-Whitney	378.500		0.877	-0.026
spiritualni zmena	Student	0.568	56.000	0.572	0.155
	Welch	0.549	37.617	0.586	0.153
	Mann-Whitney	433.500		0.459	0.116
pochopeni zivota	Student	-0.566	56.000	0.573	-0.155
	Welch	-0.552	38.608	0.584	-0.153
	Mann-Whitney	318.500		0.258	-0.180

Tabulka 19: Testování jednotlivých dimenzí PTR a bezdětností

12. Diskuze

12.1 Interpretace dat

Diplomová práce se zabývala posttraumatickým růstem u zdravotnických záchranářů. Empirická část zjišťovala dotazníkovým šetřením úroveň celkového PTR i jeho dimenzí. Výzkumný soubor tvořilo 58 zdravotnických záchranářů ze sedmi krajských ZZS, které povolily sběr dat. Pro dotazníkové šetření byly vybrány dotazníky PTGI-CZ, který je nejčastěji využíván ke zjišťování PTR, a SVF 78, kterým byly zjišťovány nejčastěji využívané copingové strategie. Dotazník PTGI-CZ zatím nemá k dispozici normy, proto byla interpretace dat ztížena.

V první řadě diskuze nabídne porovnání dosažených výsledků s daty z různých jiných výzkumů. Základním kritériem pro výběr studií pro porovnání bylo, aby výzkum byl realizován u pomáhajících profesí, popřípadě u profesí, které zažívají při výkonu povolání mimořádně silný stres. Ve většině studií jsou uváděny průměrné hodnoty celkového PTR a jeho dimenzí, některé studie uvádějí průměrné hodnoty položek, tudíž v diskuzi jsou všechny hodnoty převedeny na jednotnou úroveň.

Pokud se zaměříme na porovnání výsledků diplomové práce s jinými studiemi, v našem výzkumném souboru byla zjištěna průměrná úroveň PTR 41,85 se směrodatnou odchylkou 20,75. Po převedení těchto hodnot na průměrnou hodnotu položky dostaneme hodnotu 1,99 se směrodatnou odchylkou 1,00. Tato změna odpovídá v dotazníku PTGI-CZ odpovědi „taková změna u mě nastala v mírné míře“. Pokud se zaměříme na porovnání stejného výzkumného souboru, jako je v diplomové práci, jedná se o nižší výsledek. Pro tuto analýzu byly nalezeny pouze tři studie, které se zabývají zdravotnickými záchranáři a jejich úrovní PTR. Pouze v jedné studii (Juczyński & Ogińska-Bulik, 2018) dosáhli respondenti nižšího výsledku 1,90 (SD 0,96). V dalších dvou výzkumech se zdravotnickými záchranáři byly nalezeny vyšší hodnoty, kterých účastníci dosahovali, konkrétně se jedná o studii ze Slovenska (Jurišová, 2016) s průměrnou hodnotou položky 2,66 a směrodatnou odchylkou 0,89 a Polska (Ogińska-Bulik & Kobylarczyk, 2015) s výsledkem 3,26 a směrodatnou odchylkou 0,86.

V porovnání s jinými studiemi je tento výsledek také nižší. Vyššího výsledku dosáhl náš soubor pouze v porovnání se zdravotníky na vojenské misi (McLean, Handa, Dickstein, Benson, Baker, Isler, ... & Litz, 2013), profesionálními vojáky (Gallaway,

Millikan & Bell, 2011) a terapeutů (Brockhouse, Msetfi, Cohen & Joseph, 2011). Vyššího výsledku dosáhl náš výzkum vůči zdravotníkům na vojenské misi, kteří dosáhli průměrné hodnoty položky 1,84 (směrodatná odchylka 1,22), profesionální vojáci dosáhli průměrné hodnoty položky 1,96 (SD 1,23) a terapeuti s výsledkem 1,92 (SD 1,03). Naproti tomu náš výzkum dosáhl nižších výsledků v porovnání s pracovníky na pohotovosti (Ragger, Hiebler-Ragger, Herzog, Kapfhammer & Unterrainer, 2019), dispečinku (Shakespeare-Finch, Rees & Armstrong, 2015) a sociálními pracovníky (Gibbons, Murphy & Joseph, 2011). Průměrným výsledkem u pracovníků na pohotovosti bylo 2,07 (SD 0,72), u pracovníků na dispečinku byl výsledek 2,23 (SD 1,09) a u sociálních pracovníků byla průměrná hodnota položky 2,55 (SD 0,56).

Výsledky ukazují, že zdravotničtí záchranáři dosahují spíše podprůměrných výsledků. Ovšem pokud se podíváme na výsledky jiných studií, rozmezí, ve kterém se pohybují průměrné hodnoty PTR, jsou od 1,84 do 3,26. Náš výzkum tedy dosáhl výsledku, který se nachází v tomto rozmezí a rozdíl mezi jednotlivými studiemi není velký.

V rámci dosažených výsledků můžeme uvažovat o příčinách, které omezují vyšší míru PTR u zdravotnických záchranářů. Jedním z důvodů může být vliv odolnosti jedince. Jak bylo popsáno v teoretické části, podle některých studií odolnost ovlivňuje PTR. Dle studie (Kaye-Tzadok & Davidson-Arad, 2016) největších změn dosahují jedinci s průměrnou hodnotou resilience. Dle této teorie může vysoká míra resilience znesnadňovat, popřípadě úplně bránit posttraumatickému růstu. Podle popisu resilience může její vyšší míra jedinci pomáhat rychleji překonat negativní událost bez výrazných změn v osobnosti. Vyšší míra resilience tudíž přispívá k tomu, že potenciálně traumatická událost nemusí působit tak traumaticky, aby vedla k přehodnocení vnitřních předpokladů o světě a životě. Zde vyvstává otázka, jak rozvinutou resilienci mají zdravotní záchranáři. Lze předpokládat, že záchranáři mají vyšší míru resilience než obecná populace, jelikož se dennodenně střetávají s náročnými situacemi a utužuje se tím jejich odolnost. Taktéž je možné, že zdravotničtí záchranáři do této profese přicházejí s vyšší mírou resilience. Zároveň se záchranáři stávají odolnějšími s přibývajícimi zkušenostmi a počtem záchranných akcí, taktéž se může odolnost zvyšovat pomocí podpory starších a zkušenějších kolegů.

PTR může snižovat taktéž charakteristika profese. Profese záchranáře je brána jako poslání, jejím cílem je pomáhat a zachraňovat lidi při ohrožení života. Tudíž existuje představa záchranáře jako silného člověka, který dokáže vyřešit všechny problémy, zachránit život a nesmí ho znepokojovat velké množství krve, popřípadě pohled na mrtvé tělo a nesmí ho ovlivňovat ani emoce ostatních. Často mají představu, že emoce do povolání nepatří a po záchranné akci by měl člověk zapomenout na případ a pokračovat v další práci. Díky SPISu a intervenci psychologů u ZZS se tato představa pomalu vytrácí a zaměstnanci vnímají důležitost mluvení o akci a odventilování, prožití a sdílení emocí. Záchranáři tak mohou prožít náročnou situaci v bezpečném prostředí a situace negativně neovlivňuje jejich běžný život.

Na míru PTR mají taktéž vliv vlastnosti, které jsou popsány v teoretické části diplomové práce a které vymezuje Národní soustava povolání. Pro hodnocení PTR je velmi důležitá schopnost zvládat zátěž a důvěřovat svým schopnostem. Záchranář musí podávat velmi dobrý výkon i ve stresových situacích a neúspěch vnímá jako příležitost. Taktéž musí znát své silné a slabé stránky, vhodně je kompenzovat a neustále oceňovat úspěchy a zlepšovat se při neúspěchu. Což může znamenat, že záchranáři nemusí dosahovat vysokých výsledků v dotazníku, jelikož neustále přehodnocují své předpoklady o světě a jejich rozvoj není závislý na jednotlivých událostech, ale probíhá kontinuálně a ke změně dochází postupně bez větších zlomových událostí.

Dalším příčinou, která může ovlivňovat PTR, je hodnocení události. Jak bylo popsáno v teoretické části, sama událost nemá vliv na PTR, ale její hodnocení ovlivňuje míru PTR. Je problematické hodnotit vliv události na PTR, jelikož zde vstupuje do hodnocení velké množství proměnných. Mezi nejdůležitější proměnné patří jedinečnost každé události. I když se jedná o stejnou problematiku a výsledek může být stejný, liší se průběh události, její kontext a chování účastníků. Proto se zdá, že nelze zobecnit, která událost podporuje PTR. Taktéž každý člověk vnímá situaci různě a každého člověka může rozrušit jiná událost. Což znamená, že záleží na kognitivním zhodnocení situace a rozvoj pomoci události je individuální. Zároveň je pro záchranáře ohrožující si přiznat, že prožil traumatickou událost. Může to otrást jeho kompetencemi a záchranáře mohou začít napadat myšlenky, že tuto práci již nezvládá a není dostatečně schopný zachraňovat životy. Tudíž může místo PTR nastat syndrom vyhoření.

Míru PTR může taktéž ovlivňovat identifikace doby od mimořádné události. Mimořádná událost, která mění jedincovy vnitřní předpoklady, působí v průběhu života jako výrazný zlom. U profese zdravotnického záchranáře ovšem dochází k náročným situacím velmi často a hodnotit jednu jako mimořádně náročnou je komplikovanější. Lze předpokládat, že zdravotničtí záchranáři prožívají spíše kontinuální stres a změnu v jejich životě nehodnotí na základě jedné traumatizující události, ale spíše hodnotí vliv profese na jejich celkový osobní život.

Poslední příčinnou, která může ovlivnit PTR, je i typ dotazníku. Jedná se o sebesposuzovací škálu, kde jedinec musí mít určitou míru sebereflexe a zhodnotit úroveň svých copingových strategií a míru změny v jednotlivých dimenzích PTR. Nelze zhodnotit, zda respondenti odpovídají pravdivě nebo upravují svůj obraz. Respondenti mohli úmyslně zkreslit informace, jelikož mohli chtít vypadat odolněji a s rozvinutými schopnostmi. Na druhou stranu to mohla být jejich obrana, aby je nerozrušilo, že zažili traumatickou událost. Tudíž raději označili, že se jich změna netýká a žádná událost je neovlivnila, jelikož by mohli začít přemýšlet o dosavadních výsledcích své práce a smyslu jejich profese, což by pro ně mohlo být ohrožující.

Nyní se zaměříme na bližší porovnání jednotlivých dimenzí PTR. Většina studií poskytuje informace i o dosažených výsledcích v jednotlivých dimenzích. V našem výzkumu dosáhli respondenti hodnot 13,09 (průměrná hodnota položky 1,87) ve škále Vztahy mezi ostatními, 8,38 (průměrná hodnota položky 1,68) ve škále Nových možností, v Silných stránkách jedince dosáhli průměrné hodnoty 9,76 (2,44), ve Spirituální změně 2,24 (1,12) a ve škále Pochopení života dosáhli hodnot 8,38 (2,79). Při této analýze vidíme, že zdravotničtí záchranáři dosáhli nejvyšších výsledků ve škále Pochopení života a v Silných stránkách jedince, u kterých překročil průměrný výsledek položky hodnotu dva. Lze předpokládat, že rozvoj těchto stránek určuje právě profese záchranáře. Jelikož se často ve svém povolání střetávají s neštěstím, je možné, že přehodnotí svůj život a začnou si více vážit života a budou si užívat každého dne. Pochopí, že negativní událost může přijít do jejich života kdykoliv a mění se u nich předpoklad o tom, že svět je spravedlivý a že jim se nic nemůže stát, jelikož jsou dobří, jak popisuje Janoff-Bulmanová. Taktéž změna silných stránek je závislá na střetávání se s neštěstím a uvědoměním si, že není v jejich silách činit zázraky. Tato změna může být ovlivněna i osobnostními charakteristikami záchranáře, jelikož i podle popisu profese z Národní soustavy povolání záchranář si musí být vědom svých slabých stránek a pracovat na nich,

popřípadě je nějak kompenzovat a stále se učit ze svých chyb. Proto lze předpokládat, že při mimořádných událostí jsou citlivější na změnu právě v této dimenzi. Pokud to porovnáme s ostatními studiemi, kde jsou uvedeny jednotlivé výsledky, patří tyto hodnoty k nejnižším.

Druhou částí výzkumné části diplomové práce byl popis nejčastěji využívaných copingových strategií. Z výsledků vyplývá, že nejčastěji využívanými copingovými strategiemi jsou Kontrola situace (průměr 15,28), Pozitivní sebeinstrukce (průměr 14,55) a Kontrola reakcí (průměr 14,45). Všechny tyto tři strategie patří do dílčí pozitivní skupiny strategie kontroly. V rámci testování závislosti mezi PTR a copingovými strategiemi se ukazuje, že tyto tři strategie mají největší vliv na PTR a objevuje se mezi nimi signifikantní vztah. Dalo by se předpokládat, že využívání těchto strategií souvisí s charakteristikou povolání. Při akci musí taktéž záchranář rychle zanalyzovat situaci a postupně ji začít kontrolovat a řídit. Povolání záchranáře je velmi orientováno na výsledek a vyřešení problému, ke kterému má nejbližší právě tato strategie. Kontrola nad situací může jedinci poskytovat uklidnění, jelikož se věci nedějí samovolně a náhodně, ale záchranář má určité postupy jak vyřešit situaci. Taktéž u strategie Kontrola reakcí je ovlivněna způsobem jejich práce. Pro jejich efektivní činnost je nezbytné, aby se nenechali vyvést z míry při pohledu na neštěstí, ale udrželi si klid a dokázali pomoci, aniž by je zahltily vlastní emoce. Třetí často používanou copingovou strategií jsou Pozitivní sebeinstrukce, která zahrnuje také schopnost se motivovat ke koncentraci na výkon.. Dá se uvažovat, že tato strategie pomáhá záchranářům k ujištění, že jsou dostatečně kompetentní pro tuto profesi a dodává jim sílu s vypořádáním se s negativní událostí. Taktéž pomocí této strategie nedochází ke zpochybňování svých schopností. Záchranář si musí věřit, že má schopnosti a kompetence kontrolovat situaci.

Mezi nejméně využívané copingové strategie patří Rezignace (průměr 6,00), Sebeobviňování (průměr 6,90) a Úniková tendence (průměr 7,55). Všechny tyto strategie patří do kategorie negativních strategií. Ukazuje se, že záchranáři se snaží aktivně pracovat s nepříjemnou situací a nemají sklon rezignovat nebo přisuzovat chybu vlastní osobě. Jedním z možných vysvětlení je, že to vyžaduje již podstata profese. Záchranáři musí být aktivní a snažit se vyřešit problém. Pokud by se začali sebeobviňovat nebo rezignovat s pocitem bezmocnosti, nevěřili by svým schopnostem a nedokázali by pomoci lidem a zachránit jejich život.

Z výsledků vyplývá že existuje vztah mezi některými copingovými strategiemi a mírou PTR. Z dat vyplývá, že existuje signifikantní vztah mezi dimenzí Vztahy s ostatními a copingovými strategiemi Kontrola situace, Kontrola reakcí, Potřeba sociální opory a Vyhýbání se. U dimenze Nové možnosti se projevila signifikantní vztah mezi strategiemi Podhodnocení, Odklon, Kontrola reakcí, Pozitivní sebeinstrukce, Vyhýbání se a Úniková tendence. Dimenze Silné stránky jedince signifikantně korelovalo se strategiemi Podhodnocení, Odklon a Pozitivní sebeinstrukce. Spirituální změna korelovalo se strategií Vyhýbání se. Porozumění životu signifikantně korelovalo s Potřebou sociální opory. Ukazuje se, že každá dimenze je ovlivňována jinými typy copingových strategií. Toto zjištění by mohlo pomoci záchranářům při vyrovnávání se s mimořádnou událostí a podpořit cíleně jejich růst v jednotlivých dimenzích.

Z výsledků vyplývá, že konkrétní copingové strategie přispívají k rozvoji jednotlivých dimenzí PTR. V rámci analýzy můžeme uvažovat, z jakého důvodu tomu tak je. Pokud se podíváme na dimenzi Vztahy s ostatními, můžeme uvažovat o tom, že jedinec potřebuje mít kontrolu nad situací a nad lidmi, kteří se podílejí na řešení. Pokud má situaci ve svých rukou a řídí i ostatní lidi, může to vyústit v přesvědčení, že ostatní lidé mu velmi pomohli a bez jejich pomoci by nedokázal úspěšně překonat nepříjemnou situaci. Taktéž u strategie Potřeba sociální opory je jedinec otevřenější pro pomoc zvenčí, dokáže ji ocenit, a tudíž se u jedince více rozvine tato dimenze. Lze konstatovat, že dimenze Nové možnosti je rozvíjena strategiemi, kdy se jedinec dokáže odpoutat a obrátit myšlenky a činnost k jiným aktivitám. Pokud se jedinec dokáže vzdálit a přestat myslet na nepříjemnou situaci, otevře se mu prostor s novými aktivitami, které ho mohou následně podpořit v rozvoji. Pokud se podíváme na dimenzi Silných stránek, můžeme uvažovat o schopnosti lepšího vyrovnávání se se stresem. Jedinec s těmito copingovými strategiemi může k nepříjemné situaci přistupovat odvázněji. Tím, že vnímá situaci jako méně zatěžující nebo se vnitřně motivuje a ujišťuje se, že má kompetence k úspěšnému vyřešení problému, může docházet k potvrzování svých schopností a více jim důvěřovat. Porozumění životu je rozvíjeno pomocí strategie Potřeba sociální opory. Jedním z možných důvodů je ten, že jedinec potřebu sdílet své myšlenky a emoce a v rozhovoru s jiným člověkem může získat jiný úhel pohledu na život a může objevit svůj smysl života.

Pokud se zaměříme na další část, kterou zjišťoval dotazník, je obtížné určit událost, která má vliv na PTR. Jak bylo popsáno v teoretické části, sama mimořádná

událost neurčuje míru PTR, ale záleží na jejím hodnocení. Taktéž nebyly nalezeny studie, kde by porovnávaly závažnost jednotlivých událostí mezi sebou, ale zaměřují se na konkrétní událost, která se udála konkrétní skupině lidí. V našem výzkumném souboru se nicméně nejčastěji objevovalo, že je nejvíce zasáhla smrt dítěte (27,59 %) a úmrtí člověka (24,14 %). Často respondenti odpovídali, že je ovlivnila jiná událost než pracovní, i když dotazník byl zaměřen na události při výkonu povolání. Lze předpokládat, že záchranáři se dokáží lépe vypořádat s událostmi v zaměstnání, jelikož jsou na tyto situace připraveni a mohou předpokládat, jaký bude průběh. Osobní událost je mohou tudíž překvapit, jelikož nejsou očekávané, a může se stát, že na změnu jejich vnitřních předpokladů mají významný vliv. Taktéž bylo pro respondenty těžké vybrat jednu událost a čas, který od ní uplynul. Nejedná se totiž o událost, která se jednou stane a nebude se opakovat, ale záchranáři se ve své práci neustále střetávají s náročnými situacemi, které si mohou být velice podobné. Několikrát bylo do dotazníku dopsáno, že je náročné vybrat jednu událost, jelikož stres zažívají opakovaně a každá situace, které čelí, je nějakým způsobem ovlivnila. Tudíž by bylo zajímavé se v budoucím výzkumu zaměřit na tuto oblast a lépe zmapovat PTR po konkrétní události.

Poslední část analýzy výsledků se týkala vztahu mezi PTR a osobními charakteristikami. V teoretické části diplomové práce bylo popsáno, že vyšší míry PTR dosahují ženy a osoby nad 35 let. V našem výzkumném souboru se tyto předpoklady nepotvrdily a nebyl zde nalezen žádný signifikantní rozdíl. V porovnání žen a mužů se výsledky celkové úrovně PTR mezi sebou signifikantně nelišily. Ovšem byl nalezen vztah mezi některými dimenzemi PTR a pohlavím. I když v celkové míře se neobjevil žádný vztah, tak v jednotlivých dimenzích ženy skórovaly výše než muži. Konkrétně se jedná o dimenze Vztahy s ostatními a Porozumění životu. Lze předpokládat, že ženy si po mimořádné události více váží ostatních lidí a lépe chápou osud a dokážou přijmout věci, jak v životě přicházejí. Může to být způsobeno různými faktory, které by mohly být zkoumány v dalších fázích výzkumu. Lze předpokládat, že ženy jsou více emocionální a potřebují okolo sebe mít skupinu lidí, které mohou věřit. Další možnou hypotézou je, že ženy více podporují a starají se o jiné lidi, tudíž i rozvoj je výraznější v této oblasti, protože jsou citlivější na změnu ve vztazích s ostatními. V dalších oblastech se neprojevil žádný signifikantní vztah a z našeho výzkumného souboru se neobjevil vztah mezi věkem respondentů a úrovní PTR. Taktéž se neobjevil vztah mezi počtem let u ZZS a PTR.

12.2 Limity výzkumu

V této části budou probrány okolnosti, které mohly mít vliv na dosažené výsledky. I přesto, že výzkum přinesl zajímavá zjištění, je na místě se zamyslet nad jeho limity. První velké omezení výzkumu je na straně respondentů. Přes snahu získat velké množství respondentů bylo získáno pouze 58 vrácených dotazníků. V rámci kontaktování jednotlivých stanic byla znát neochota vyplnit dotazníky. Sběr dat byl limitován ochotou záchranářů vyplnit dotazník. Jednotlivé stanice upozorňovaly na tento problém, jelikož jsou zaměstnanci zahlceni různými dotazníky a výzkumy a v rámci pracovní doby záchranáři nemají dostatek motivace a energie vyplňovat studentské výzkumy. Výzkumy u této profese provádějí nejen studenti vysokých škol, převážně studenti psychologie a studenti lékařských fakult, ale zároveň studenti vyšších zdravotnických škol. Záchranáři jsou připraveni vykonávat svoji profesi dobře a nechtějí vydávat energii na další věci, které nesouvisí přímo s jejich prací. Proto by bylo vhodné při dalším studiu této problematiky navýšit tento počet a zabezpečit, aby se výzkumného šetření zúčastnili všichni zasažení záchranáři. Dosažené výsledky mohly být zkreslené motivací, jelikož dotazník mohly vyplnit osoby, které u sebe vnímají nějakou změnu.

S tímto problémem souvisí i další limitace. V prvotní fázi byl výzkum zamýšlen pouze v tištěné podobě, kdy by výzkumník přišel na jednotlivé stanice a záchranáři ve službě by vyplnili dotazník, popřípadě by ho mohli vyplnit později. Bylo plánováno, že výzkumník osobně předá informace týkající se výzkumu. Po první fázi sběru dat byl ovšem tento plán upraven. Problém nastal v přístupu na jednotlivá pracoviště. Vstup na záchranné stanice je umožněn pouze zaměstnancům, popřípadě po domluvě s hlavním lékařem. Výzkumník má ztížené podmínky, pokud nemá dojednanou schůzku nebo tam nepracuje známá osoba. Po kontaktování dalších stanic byl výzkum umožněn pouze v elektronické podobě. Tudíž byl dotazník převeden do elektronické podoby a rozeslán na jednotlivá pracoviště. Jelikož záchranáři dostali do rukou pouze dotazník se stručnými informacemi, aniž by komunikovali s výzkumníkem, snížila se jejich možná motivace a nespatovali důvod vyplnit dotazník. Tudíž lze předpokládat, že motivace k vyplnění dotazníku by se zvýšila, pokud by respondenti osobně komunikovali s výzkumníkem, který by jim vysvětlil účel výzkumu a odpověděl na jejich otázky.

S motivací může souviset i délka dotazníku. Je možné, že délka celého dotazníku byl výrazný limitující faktor, že se výzkumu nezúčastnilo více respondentů. Dotazník byl docela obsáhlý, který čítal dohromady 98 položek na jednotlivé faktory a 8 otázek na

demografické údaje a údaje o typu události. Předpokládalo se s časovou dotací na vyplnění okolo 20 minut, ovšem pokud se jedinec snažil zamyslet nad jednotlivými položkami, mohl se čas vyplňování o několik desítek minut prodloužit. Jelikož se u dotazníku SVF 78, který v našem výzkumu byl nejobsáhlejší, jedná o standardizovaný dotazník, nechtěli jsme snižovat počet otázek, jelikož hodnotí využívání většího počtu copingových strategií a při snížení některých škál by došlo k méně obsáhlým výsledkům.

Dalším úskalím může být výběr dotazníků, které jsou založeny na sebereflexi. Jak dotazník PTGI-CZ, tak SVF 78 je založen na sebesuzovacích škálách. Tudiž respondenti musí mít dostatečnou reflexi o svém chování, popřípadě o události. Respondent se musí zamyslet nad několika časovými úseky. Za prvé musí určit událost, která pro něj byla náročná, a za druhé se musí zamyslet, jak vnímal život a vztahy před touto událostí a jak je hodnotí po události. A ohodnotit jak velký vliv na tuto změnu má právě tato událost. Tento způsob získávání dat může být pro záchranáře náročné a mohlo docházet k různému zkreslení. Taktéž mohlo dojít ke zkreslení dat za účelem stylizace respondenta jako odolného a vyrovnaného nebo vytvoření idealizovaného obrazu s představou, že by měl dosahovat vyšších hodnot v otázkách, které jsou vyjádřeny pozitivně.

Dalším limitem výzkumu bylo také nespecifičnost mimořádné události. Záchranáři se střetávají s velkým množstvím různých negativních situací a může pro ně být náročné vybrat jednu konkrétní a k ní vztahovat odpovědi v dotazníku. Proto hodnotit, jaká událost nejvíce ovlivňuje PTR, je těžko zodpověditelná. Jak bylo popsáno výše, každá náročná situace může jedince ovlivňovat, i když si to nemusí uvědomovat. A jelikož záchranáři se střetávají s těmito událostmi poměrně často, lze hovořit o tom, že jejich růst může probíhat kontinuálně a není zaměřen na jednu konkrétní událost. To se projevilo i v navrácených dotaznících, v kterých toto bylo dopsáno respondenty. Buďto to napsali přímo, že události a zátěž probíhá kontinuálně a ohodnotit pouze jednu je složité, nebo u výběru traumatické události vybrali více odpovědí s žebříčkem náročnosti jednotlivých událostí. Pro další zkoumání této problematiky by tudíž bylo vhodné, kdyby respondenti sami sestavili žebříček traumatických událostí, které je ovlivnily. Popřípadě pro budoucí zkoumání této problematiky by mohl být výzkum zaměřen na konkrétní událost, kde by po určité době ohodnotili změnu záchranáři, kteří se účastnili konkrétní události. Zde by se mohl projevit vliv konkrétní události na PTR. Při porovnání jednotlivých událostí by se mohlo zjistit, jaká událost nejvíce ovlivňuje růst.

Dalším limitem tohoto výzkumu je neuskutečnění rozhovorů s psychology u ZZS a peery. Kvůli časové náročnosti a pracovní vyčerpání záchranářů a peerů nebyly rozhovory realizovány. Taktéž jsou v České republice pouze čtyři psychologové, kteří pracují na zdravotnické záchranné službě se záchranáři, tudíž je komplikované provést s nimi rozhovor, jelikož pracují v různých krajích České republiky. Pro rozšíření tohoto výzkumu by bylo vhodné tyto údaje doplnit o rozhovory s psychology, peery a záchranáři.

Tato práce přinesla některé zajímavé informace, které by mohly posloužit k dalšímu zkoumání této problematiky. V rámci diplomové práce byly nabídnuty některé návrhy pro budoucí výzkum, které by mohly pomoci získat další důležité informace, a tím vytvořit programy pro zdravotnické záchranáře, jak se vypořádat s mimořádnou událostí, popřípadě vytvořit preventivní programy, které by pomáhaly předcházet nepříjemným důsledkům, jako je syndrom vyhoření nebo PTSP.

Závěr

Cílem diplomové práce bylo představit téma posttraumatického růstu, jeho nejznámější modely a uvést faktory, které se podílejí na jeho úrovni. Fenomén posttraumatického růstu se v poslední době dostává do popředí zájmu odborníků, jelikož může přispět k lepšímu zvládnutí mimořádných událostí. Je důležité nedívat se pouze na negativní dopady jednotlivých událostí na jedince, ale zaměřit vědeckou pozornost také na pozitivní stránky události, které mohou přispět k lepšímu pochopení situace a docílit pozitivních změn, které zlepší život zasaženého. Je taktéž důležité věnovat pozornost pomáhajícím profesím, jelikož se velmi často střetávají s vysoce stresujícími událostmi. I když nejsou přímými oběťmi, tak utrpení a ztráty, kterých jsou svědky ovlivňuje jejich životy.

Empirická část se zabývala právě jednou z pomáhajících profesí, konkrétně šlo o zdravotnické záchranáře. Výzkumná část obsahuje informace o dosažené úrovni posttraumatického růstu a vnímání pozitivivnív aspektů v rámci profese zdravotnického záchranáře. Diplomová práce taktéž zjišťuje působení copingových strategií na dosaženou úroveň posttraumatického růstu. Zjištění obsažená v diplomové práci vypovídají, že k rozvoji dochází na srovnatelné úrovni jako u jiných pomáhajících profesí. Taktéž bylo zjištěno, že některé z využívaných copingových strategií mají vliv na dosažení vyšších hodnot posttraumatického rozvoje.

Výsledky diplomové práce mohou posloužit k lepšímu pochopení procesu posttraumatického růstu. Diplomová práce a zjištěné výsledky by mohly sloužit k efektivnější péči o zdravotní záchranáře. V rámci tohoto zmapování může dojít k lepšímu pochopení mechanismů při zvládání vysoké míry stresu u této profese a při následné péči o zaměstnance lze tyto výsledky uplatnit a nabídnout jim větší paletu copingových strategií. Tyto výsledky mohou posloužit k vytvoření programů k účinnému vypořádání se s mimořádnými událostmi. Taktéž může tato diplomová práce sloužit k dalšímu zkoumání této problematiky, jaké faktory podporují osobnostní rozvoj, popřípadě jaké dimenze PTR jsou nejčastěji rozvíjeny u zdravotnických záchranářů.

Možnosti využití výsledků práce

Diplomová práce nabízí informace týkající se posttraumatického růstu, které by mohly být využity v praxi nebo jako podnět k dalšímu bádání. Diplomová práce objevila některé souvislosti mezi copingovými strategiemi a mírou posttraumatického růstu, tudíž by tyto poznatky mohly být dále studovány a rozpracovávány. Taktéž se ukazuje, že odolnost má nějaký vliv na PTR, ovšem různé výzkumy poskytují různé informace. Bylo by zajímavé v dalších studiích, pokud by se zaměřily na hodnocení resilience zdravotnického záchranáře a zhodnotil by se vliv resilience na PTR.

Složky integrovaného záchranného sboru jsou vzdělávány v oblasti stresu a poskytují jim informace jak předcházet profesnímu selhání nebo vyhoření. Za zmínku jistě stojí programy Ministerstva vnitra České republiky v oblasti psychosociální pomoci po katastrofách, jako je EUNAD a TGIP. Dále by se mohly vytvořit programy pro větší edukaci v oblasti copingových strategií, které mohou přispívat k lepšímu zvládání mimořádných událostí a dosažení posttraumatického růstu.

Další možností využití této práce je samotné seznámení zdravotnických záchranářů s pojmem posttraumatického růstu. Pro zdravotnické záchranáře by bylo jistě podnětné zjistit o této problematice více a tím jim poskytnout informace, že mimořádná událost nepřináší pouze negativa, ale lze zde najít i pozitivní stránku, která jim může zlepšit jejich život. Pro záchranáře by bylo jistě zajímavé, kdyby se dozvěděli, v jakých oblastech je může mimořádná událost rozvíjet osobně i profesně a intervenci soustředit na oblast, která je jim nejbližší.

Seznam použité literatury

Almedom, A. M. (2005). Resilience, hardiness, sense of coherence, and posttraumatic growth: All paths leading to “light at the end of the tunnel”? *Journal of Loss and Trauma*, 10(3), 253-265.

Andršová, A. (2012). *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-bass.

Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, 38(1), 23-32.

Baštecká, B. & Goldmann, P. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.

Baumgartner, F. (2001). Zvládanie stresu – coping. In Výrost, J., & Slaměník, I. (Eds.). *Aplikovaná sociální psychologie*. Praha: Grada.

Berger, R. (2015). *Stress, trauma, and posttraumatic growth: Social context, environment, and identities*. New York: Routledge.

Benjet, C., Lépine, J., Piazza, M., Shahly, V., Shalev, A., & Stein, D. J. (2018). Cross-National Prevalence, Distributions, and Clusters of Trauma Exposure. In Bromet, E. J., Karam, E., Koenen, K. C., & Stein, D. J. (Eds.). *Trauma and posttraumatic stress disorder: global perspectives from the WHO world mental health surveys*. (s. 43-71). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.

Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical psychology review*, 23(3), 339-376.

Brockhouse, R., Msetfi, R. M., Cohen, K., & Joseph, S. (2011). Vicarious exposure to trauma and growth in therapists: The moderating effects of sense of coherence, organizational support, and empathy. *Journal of Traumatic Stress*, 24 (6), 735-742.

Butler, L. D., Blasey, C. M., Garlan, R. W., McCaslin, S. E., Azarow, J., Chen, X. H., ... & Kraemer, H. C. (2005). Posttraumatic growth following the terrorist attacks of

September 11, 2001: Cognitive, coping, and trauma symptom predictors in an internet convenience sample. *Traumatology*, 11(4), 247-267.

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. New York: Routledge.

Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2010). The Posttraumatic Growth Model: Sociocultural Considerations. In Weiss, T., & Berger, R. (Eds.). *Posttraumatic Growth and Culturally Competent practice*. (s. 1-14). Hoboken: Wiley.

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2014). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. New York: Psychology Press.

Caplan, G. (1961). *An approach to community mental health*. New York, NY: Grune and Stratton.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267.

Costa, P. T., & McCrea, R. R. (1992). *Revised neo personality inventory (neo pi-r) and neo five-factor inventory (neo-ffi)*. Psychological Assessment Resources.

Cummings, J., & Swickert, R. (2010). Relationship between locus of control and posttraumatic growth. *Individual Differences Research*.

Declerck, C., De Brabander, B., Boone, C., & Gerits, P. (2002). Locus of control, marital status and predictors of early relapse in primary breast cancer patients. *Psychology and Health*, 17(1), 63-76.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 219-239.

Ford, J. D., Grasso, D. J., Elhai, J. D., & Courtois, C. A. (2015). *Posttraumatic stress disorder: Scientific and professional dimensions*. San Diego: Academic Press.

Frankl, V. E. (1997). *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta.

Gallaway, M. S., Millikan, A. M., & Bell, M. R. (2011). The association between deployment - related posttraumatic growth among US army soldiers and negative behavioral health conditions. *Journal of Clinical Psychology*, 67(12), 1151-1160.

- Gibbons, S., Murphy, D., & Joseph, S. (2011). Countertransference and positive growth in social workers. *Journal of Social Work Practice*, 25 (1), 17-30.
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(5), 797.
- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience?. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 258-265.
- Humpl, L., Prokop, J., & Tobiášová, A. (2013). *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Janke, W., & Erdmannová, G. (2003). Strategie zvládání stresu-SVF 78. *Praha: Testcentrum*.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions*. New York: Simon and Schuster.
- Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological inquiry*, 15(1), 30-34.
- Janoff-Bulman, R. (2014). Schema-change perspectives on posttraumatic growth. In Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (s. 95-113). New York: Routledge.
- Jin, Y., Xu, J., & Liu, D. (2014). The relationship between post traumatic stress disorder and post traumatic growth: gender differences in PTG and PTSD subgroups. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(12), 1903-1910.
- Jones, J. G., & Moorhouse, A. (2010). *Jak získat psychickou odolnost: strategie vítězů, které změni váš pracovní výkon*. Praha: Grada.
- Joseph, S., & Linley, P. A. (Eds.). (2008). *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Joseph, S. (2017). *Co nás nezabije...: možnosti posttraumatického růstu*. Praha: Portál.
- Joshi, V. (2007). *Stres a zdraví*. Praha: Portál.

Juczyński, Z., & Ogińska-Bulik, N. (2018). Cognitive processing of trauma as a predictor of the negative and positive consequences of experienced traumatic events. *Advances in Psychiatry and Neurology/Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 27(4), 318-333.

Jurišová, E. (2016). Coping strategies and post-traumatic growth in paramedics: moderating effect of specific self-efficacy and positive/negative affectivity. *Studia Psychologica*, 58(4), 259-275.

Karanci, A. N., Işıklı, S., Aker, A. T., Gül, E. İ., Erkan, B. B., Özkol, H., & Güzel, H. Y. (2012). Personality, posttraumatic stress and trauma type: factors contributing to posttraumatic growth and its domains in a Turkish community sample. *European journal of psychotraumatology*, 3(1), 17303.

Kaye-Tzadok, A., & Davidson-Arad, B. (2016). Posttraumatic growth among women survivors of childhood sexual abuse: Its relation to cognitive strategies, posttraumatic symptoms, and resilience. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(5), 550.

Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 52(12), 1048-1060.

Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology*, 37(1), 1.

Kohoutek, T., Špok, D., & Čermák, I. (2009). Neštěstí, krizové události, katastrofy a jedinec. In Kohoutek, T., & Čermák, I. (Eds.), *Psychologie katastrofické události* (s. 18-92). Praha: Academia.

Kořán, M. (2009). Zkušenosti s poskytováním psychologické péče o evakuované obyvatele z Prahy 7 po povodních v roce 2002. In Kohoutek, T., & Čermák, I. (Eds.), *Psychologie katastrofické události* (s. 231-253). Praha: Academia.

Koutecký, Z. (2004). Charakteristika práce ve zdravotnické záchranné službě. In Pokorný, J. (Ed.). *Urgentní medicína*. (s. 7-10). Praha: Galén.

Kressler, R. C., Heeringa, S. G., Pennell, B., & Zaslavsky, A. M. (2018). Methods of the World Mental Health Surveys. In Bromet, E. J., Karam, E., Koenen, K. C., & Stein, D. J. (Eds.). *Trauma and posttraumatic stress disorder: global perspectives from the WHO world mental health surveys*. (s. 13-42). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.

Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum.

Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer publishing company.

Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Fifty years of the research and theory of RS Lazarus: An analysis of historical and perennial issues*, 366-388.

Lepore, S., & Revenson, T. (2014). Relationships between posttraumatic growth and resilience: Recovery, resistance, and reconfiguration. In *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (s. 38-60). New York: Routledge.

Levine, S. Z., Laufer, A., Hamama - Raz, Y., Stein, E., & Solomon, Z. (2008). Posttraumatic growth in adolescence: Examining its components and relationship with PTSD. *Journal of traumatic stress*, 21(5), 492-496.

Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 17(1), 11-21.

López, J., Camilli, C., & Noriega, C. (2015). Posttraumatic growth in widowed and non-widowed older adults: Religiosity and sense of coherence. *Journal of religion and health*, 54(5), 1612-1628.

Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada Publishing.

Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and psychopathology*, 2(4), 425-444.

- McLean, C. P., Handa, S., Dickstein, B. D., Benson, T. A., Baker, M. T., Isler, W. C., ... & Litz, B. T. (2013). Posttraumatic growth and posttraumatic stress among military medical personnel. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 62.
- Morton, R. D., White, M. J., & Young, R. M. (2015). Posttraumatic growth in family members living with a relative diagnosed with schizophrenia. *Journal of Loss and Trauma*, 20(3), 229-244.
- Nolen-Hoeksema, S., & Jackson, B. (2001). Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of women quarterly*, 25(1), 37-47.
- Norlander, T., Bood, S. Å., & Archer, T. (2002). Performance during stress: Affective personality, age, and regularity of physical exercise. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 30(5), 495-508.
- Norlander, T., Schedvin, H. V., & Archer, T. (2005). Thriving as a function of affective personality: relation to personality factors, coping strategies and stress. *Anxiety, Stress & Coping*, 18(2), 105-116.
- Ogińska-Bulik, N. (2018). Secondary traumatic stress and vicarious posttraumatic growth in nurses working in palliative care—the role of psychological resilience. *Advances in Psychiatry and Neurology/Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 27(3), 196-210.
- Ogińska-Bulik, N., & Kobylarczyk, M. (2015). Relation between resiliency and post-traumatic growth in a group of paramedics: the mediating role of coping strategies. *Int J Occup Med Environ Health*, 28(4), 707-19.
- Orejuela-Dávila, A. I., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2017). Alexithymia predicts posttraumatic growth and distress after trauma. *Journal of Loss and Trauma*, 22(3), 171-182.
- Orel, M. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. Praha: Grada Publishing.
- Palgi, Y. (2016). Subjective age and perceived distance-to-death moderate the association between posttraumatic stress symptoms and posttraumatic growth among older adults. *Aging & mental health*, 20(9), 948-954.

Park, C. L., Lechner, S. C., Antoni, M. H., & Stanton, A. L. (2009). *Medical illness and positive life change: Can crisis lead to personal transformation?*. Washington: American Psychological Association.

Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.

Pešek, R., Praško, J., & Štípek, P. (2013). *Kognitivně-behaviorální terapie v praxi: pro terapeutů, studentů a poučené laiky*. Praha: Portál.

Pokorný, J. (2004). Úvod do urgentní medicíny. In Pokorný, J. (Ed.). *Urgentní medicína*. (s. 3-6). Praha: Galén.

Poláčková Šolcová, I. (2018). *Emoce: regulace a vývoj v průběhu života: funkce a zákonitosti emocí, sociální a kulturní souvislosti, měření emocí*. Praha: Grada.

Ragger, K., Hiebler-Ragger, M., Herzog, G., Kapfhammer, H. P., & Unterrainer, H. F. (2019). Sense of coherence is linked to post-traumatic growth after critical incidents in Austrian ambulance personnel. *BMC psychiatry*, 19(1), 89.

Rahn, E., & Mahnkopf, A. (2000). *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada.

Rodríguez-Rey, R., Palacios, A., Alonso-Tapia, J., Pérez, E., Álvarez, E., Coca, A., ... & Gómez, F. (2017). Posttraumatic growth in pediatric intensive care personnel: Dependence on resilience and coping strategies. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(4), 407.

Roepke, A. M. (2015). Psychosocial interventions and posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 129.

Roese, N.J. & Olson, J.M. (1995). *What Might Have Been: The Social Psychology of Counterfactual Thinking*. New Jersey: Erlbaum.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*, 80(1), 1.

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American journal of orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.

- Rzeszutek, M., Oniszczenko, W., & Firląg-Burkacka, E. (2012). Temperament traits, coping style and trauma symptoms in HIV+ men and women. *AIDS care*, 24(9), 1150-1154.
- Rzeszutek, M., Oniszczenko, W., & Firląg-Burkacka, E. (2016). Gender differences in posttraumatic stress symptoms and the level of posttraumatic growth among a Polish sample of HIV-positive individuals. *AIDS care*, 28(11), 1411-1415.
- Shakespeare-Finch, J., Rees, A., & Armstrong, D. (2015). Social support, self-efficacy, trauma and well-being in emergency medical dispatchers. *Social Indicators Research*, 123(2), 549-565.
- Shakespeare-Finch, J., Gow, K., & Smith, S. (2005). Personality, coping and posttraumatic growth in emergency ambulance personnel. *Traumatology*, 11(4), 325-334.
- Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1992). Life crisis and personal growth. In B. N. Carpenter (Ed.), *Personal coping: Theory, research, and application* (s. 149–170). Westport, CT: Praeger.
- Sigmund, D. (2011). Fungování zdravotnické záchranné služby v České republice; Za málo peněz neskutečné množství muziky. *Rescue report*, 14(5), 14-16.
- Solomon, Z., & Dekel, R. (2007). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among Israeli ex - pows. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 20(3), 303-312.
- Šeblová, J., Kebza, V., Vignerová, J., & Čepická, B. (2009). Preventivní a intervenční psychologické techniky pro zaměstnance záchranných služeb. *Urgentní medicína*, 12(1), 26-31.
- Špatenková, N. (2017). *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada.
- Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2009). Intrusive versus deliberate rumination in posttraumatic growth across US and Japanese samples. *Anxiety, Stress, & Coping*, 22(2), 129-136.
- Taku, K., Kilmer, R. P., Cann, A., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2012). Exploring posttraumatic growth in Japanese youth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(4), 411.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma & Transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*, 9(3), 455-471.

Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (Eds.). (1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). " Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological inquiry*, 15(1), 1-18.

Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. In Tuma, A. M., & Maser, J. D. (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (s. 681-706). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2012). Posttraumatic growth following cancer: Links to quality of life. *Journal of Traumatic Stress*, 25(5), 567-573.

Ungar, M., Brown, M., Liebenberg, L., & Othman, R. (2007). Unique pathways to resilience across cultures. *Adolescence*, 42(166), 287.

Viner, R. (1999). Putting stress in life: Hans Selye and the making of stress theory. *Social studies of science*, 29(3), 391-410.

Vishnevsky, T., Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., & Demakis, G. J. (2010). Gender differences in self - reported posttraumatic growth: A meta - analysis. *Psychology of women quarterly*, 34(1), 110-120.

Vizinová, D., & Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD): psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha: Portál.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063.

Waysman, M., Schwarzwald, J., & Solomon, Z. (2001). Hardiness: An examination of its relationship with positive and negative long term changes following trauma. *Journal of*

Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies, 14(3), 531-548.

Webster, J. D., & Deng, X. C. (2015). Paths from trauma to intrapersonal strength: Worldview, posttraumatic growth, and wisdom. *Journal of Loss and Trauma*, 20(3), 253-266.

Weiss, T., & Berger, R. (2008). Posttraumatic growth and immigration: Theory, research, and practice implications. In Joseph, S., & Linley, P. A. (Eds.), *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress* (s. 93-104). Hoboken: John Wiley & Sons.

Werdel, M. B., & Wicks, R. J. (2012). *Primer on posttraumatic growth: An introduction and guide*. Hoboken: John Wiley & Sons.

Wortman, C. B. (2004). Posttraumatic growth: Progress and problems. *Psychological Inquiry*, 15(1), 81-90.

Yi, J., & Kim, M. A. (2014). Postcancer experiences of childhood cancer survivors: how is posttraumatic stress related to posttraumatic growth?. *Journal of traumatic stress*, 27(4), 461-467.

Zákon č. 96/2004 Sb. v platném znění o nelékařských zdravotnických povoláních, § 17 a předpisy s ním souvisejícími. Ministerstvo zdravotnictví České republiky.

Zarin, S. S., Khanjani, M. S., Foroughan, M., Hosseini, M. A., Bakhshi, E., & Kamali, M. (2017). Relationship Between Locus of Control With Posttraumatic Growth Among Individuals With Spinal Cord Injury. *Journal of Modern Rehabilitation*, 109-118.

Zerach, G. (2015). Secondary growth among former prisoners of war's adult children: the result of exposure to stress, secondary traumatization, or personality traits?. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(4), 313.

Internetové zdroje

<https://nsp.cz/jednotka-prace/zdravotnicky-zachranar-bac5>

<https://spis.cz/kdo-jsme/podpora-zdravotnikum/>

<https://spis.cz/kdo-jsme/prvni-psychicka-pomoc-sekunderne-zasazenym/>

Seznam grafů

Graf 1: Rozdělení podle pohlaví	59
Graf 2: Věková struktura	60
Graf 3: Rozdělení zda respondent má děti nebo ne	60
Graf 4: Rozdělení podle rodinného stavu	61
Graf 5: Pozice u ZZS	61
Graf 6: Počet let u ZZS	62
Graf 7: Doba od události.....	64
Graf 8: PTR celkem	65
Graf 9: Vztahy s ostatními	65
Graf 10: Nové možnosti.....	65
Graf 11: Silné stránky jedince.....	65
Graf 12: Spirituální změna.....	65
Graf 13: Pochopení života	65
Graf 14: Histogram regresních standardizovaných residuálů u PTR a copingových strategií.....	68

Seznam obrázků

Obrázek 1: Pochopení krize jako příležitosti, anebo hrozby	13
Obrázek 2: Model posttraumatického růstu dle Tedeschiho a Calhouna	17
Obrázek 3: Model Josepha a Linleye	21
Obrázek 4: Vztah mezi PTR a extraverzí	30
Obrázek 5: Integrující model růstu, copingu a afektivity	32

Seznam tabulek

Tabulka 1: Copingové strategie dle SVF 78	42
Tabulka 2: Traumatické události v dotazníku PTGI-CZ	54
Tabulka 3: Traumatické události týkající se práce zdravotnického záchranáře	55
Tabulka 4: Hrubé skóry dotazníku PTGI-CZ	55
Tabulka 5: Klíč k dotazníku PTGI.....	56
Tabulka 6: Věk respondentů	59
Tabulka 7: Frekvence odpovědí na rodinný stav	60
Tabulka 8: Počet let u ZZS	62
Tabulka 9: Četnost mimořádných událostí	63
Tabulka 10: Hodnoty dosažené v dotazníku PTGI-CZ.....	64
Tabulka 11: Výsledky dotazníku SVF 78.....	67
Tabulka 12: Vztahy mezi úrovní posttraumatického růstu a dílčích copingových strategií	68
Tabulka 13: Testování vztahu mezi dimenzemi PTR a škálami SVF 78	69
Tabulka 14: Korelace mezi PTR a počtem let u ZZS	70
Tabulka 15: Korelace mezi PTR a věkem zdravotnického záchranáře	70
Tabulka 16: Testování vztahu mezi PTR a pohlavím.....	71
Tabulka 17: Testování dimenzí PTR a pohlavím	71
Tabulka 18: Testování vztahu mezi PTR a bezdětností.....	72
Tabulka 19: Testování jednotlivých dimenzí PTR a bezdětností	72

Seznam zkratk

MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí
PTGI	Posttraumatic growth inventory
PTR	Posttraumatický růst
PTSP	Posttraumatická stresová porucha
SPIS	Systém psychosociální intervenční služby
SVF 78	Strategie zvládání stresu
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

Přílohy

Dotazník rozvoje osobnosti u ZZS

Dobrý den.

Jsem studentem psychologie na Filosofické fakultě Univerzity Karlovy a dotazník, který máte před sebou, použiji do empirické části mé diplomové práce.

Vyplnění dotazníku Vám zabere 15 - 20 minut Vašeho času, za který Vám budu velmi vděčný.

Dotazník je zcela anonymní a data využiji pouze pro účely diplomové práce. V dotazníku budete hodnotit jednotlivé výroky, které se týkají stresu, náročných událostí a následných změn ve Vašem životě. Dotazník se týká náročných situací v práci zdravotnického záchranáře a nacházení pozitivních změn.

Pokud budete mít po vyplnění dotazníku jakékoliv dotazy, můžete se na mě obrátit na adrese david.marek199@gmail.com.

Přeji příjemné vyplňování a moc děkuji za Váš čas!

Základní údaje:

Věk v letech:

Pohlaví: ☐ muž ☐ žena

Stav: ☐ svobodný(-á) ☐ ženatý/vdaná ☐ partner(-ka) ☐
rozvedený(-á)

Děti: ☐ ano ☐ ne

Pozice u ZZS: ☐ řidič – záchranář ☐ zdravotnický záchranář ☐ lékař

Počet let ve službě:

Pokyny pro vyplňování:

Dotazník obsahuje řadu výroků – způsobů, jak člověk může reagovat v situacích, kdy je něčím nebo někým poškozen, vnitřně rozrušen, nebo vyveden z míry.

Přečtěte si, prosím, každý výrok a uveďte, nakolik odpovídá Vašemu způsobu reagování.

0 – vůbec neodpovídá

4 – velmi pravděpodobně

Když jsem něčím nebo někým poškozen(a), vnitřně rozrušen(a), nebo vyveden(a) z míry ...

	vůbec ne	spíše ne	možná	pravděpodobně	velmi pravděpodobně
1) ... snažím se soustředit své myšlenky na něco jiného	0	1	2	3	4
2) ... řeknu si, že se nedám vyvést z míry	0	1	2	3	4
3) ... snažím se, aby mě někdo jiný při řešení podpořil	0	1	2	3	4
4) ... cítím se nějak bezmocný(-á)	0	1	2	3	4
5) ... řeknu si, že si nemám co vyčítat	0	1	2	3	4
6) ... nemohu dlouhou dobu myslet na nic jiného	0	1	2	3	4
7) ... ptám se, co jsem už zase udělal(a) špatně	0	1	2	3	4
8) ... promyslím přesně své další jednání	0	1	2	3	4
9) ... mám tendenci od toho utéct	0	1	2	3	4
10) ... řeknu si, že to vydržím	0	1	2	3	4
11) ... vyhnu se napříště takovým situacím	0	1	2	3	4
12) ... vyrovnám se s tím rychleji než ostatní	0	1	2	3	4
13) ... snažím se ujasnit si všechny detaily situace	0	1	2	3	4
14) ... přejdu k nějaké jiné činnosti	0	1	2	3	4
15) ... požádám někoho o radu, jak bych měl(a) postupovat	0	1	2	3	4
16) ... sním něco dobrého	0	1	2	3	4
17) ... pak o tom přemyslím znovu a znovu	0	1	2	3	4
18) ... řeknu si: „co možná pryč od toho“	0	1	2	3	4
19) ... mám špatné svědomí	0	1	2	3	4
20) ... řeknu si: „musíš se sebrat“	0	1	2	3	4
21) ... řeknu si, že si přece nemusím dělat výčitky svědomí	0	1	2	3	4
22) ... přišť se hned při prvních náznacích vyhnu takovým situacím	0	1	2	3	4
23) ... mám tendenci hned ustoupit	0	1	2	3	4
24) ... jsem sám (sama) se sebou nespokojen(a)	0	1	2	3	4
25) ... podívám se na něco pěkného v televizi	0	1	2	3	4
26) ... myslím si: „jen se nedat odradit“	0	1	2	3	4
27) ... prostě musím s někým o tom hovořit	0	1	2	3	4

Když jsem něčím nebo někým poškozen(a), vnitřně rozrušen(a), nebo vyveden(a) z míry ...	vůbec ne	spíše ne	mírně	pravidelně	velmi pravidelně
28) ... přepadají mne myšlenky na útěk	0	1	2	3	4
29) ... udělám vše, abych odstranil(a) příčinu	0	1	2	3	4
30) ... jsem rád(a), že nejsem tak přecitlivělý(-á) jako druzí	0	1	2	3	4
31) ... zabývám se pak ještě dlouho touto situací	0	1	2	3	4
32) ... dělám něco, co mě od toho odvádí	0	1	2	3	4
33) ... umiňuji si, že se příště takovým situacím vyhnu	0	1	2	3	4
34) ... snažím se potlačit své vzrušení	0	1	2	3	4
35) ... řeknu si, že za to nemohu	0	1	2	3	4
36) ... řeknu si, že druzí by to tak snadno nestrávili	0	1	2	3	4
37) ... dělám si výčitky	0	1	2	3	4
38) ... řeknu si: „nesmíš to v žádném případě vzdát“	0	1	2	3	4
39) ... nevím, jak bych mohl(a) takové situaci čelit	0	1	2	3	4
40) ... udělám něco dobrého pro sebe	0	1	2	3	4
41) ... pouze si přeji, abych z této situace co nejrychleji vyvázl(a)	0	1	2	3	4
42) ... požádám někoho o pomoc	0	1	2	3	4
43) ... vytvořím si plán, jak mohu tyto nesnáze odstranit	0	1	2	3	4
44) ... myslím si, že já za tu situaci nezodpovídám	0	1	2	3	4
45) ... říkám si: „jen se nedat zbavit odvahy“	0	1	2	3	4
46) ... myslím si, že bych se nechtěl(a) v budoucnu dostat do takové situace	0	1	2	3	4
47) ... nejde mně ta situace dlouho z hlavy	0	1	2	3	4
48) ... snažím se, abych si zachoval(a) pevný postoj	0	1	2	3	4
49) ... všechno se mně zdá tak beznadějně	0	1	2	3	4
50) ... vrhnu se do práce	0	1	2	3	4
51) ... řeknu si, že to nakonec byla moje chyba	0	1	2	3	4
52) ... lépe se kontroluji než druzí v téže situaci	0	1	2	3	4
53) ... koupím si něco, co už jsem dlouho chtěl(a) mít	0	1	2	3	4
54) ... obvykle se mně všechno zdá nesmyslné	0	1	2	3	4

Když jsem něčím nebo někým poškozen(a), vnitřně rozrušen(a), nebo vyveden(a) z míry ...	vůbec ne	spíše ne	možná	pravděpodobně	vůbec pravděpodobně
55) ... ujasním si, že mám možnosti situaci zvládnout	0	1	2	3	4
56) ... myslím si, že na tom nemám vinu	0	1	2	3	4
57) ... potřebuji k tomu slyšet mínění někoho jiného	0	1	2	3	4
58) ... snažím se o kontrolu svého chování	0	1	2	3	4
59) ... pokouším se vymanit se ze vzniklé situace	0	1	2	3	4
60) ... v myšlenkách si pak situaci znovu a znovu přehrávám	0	1	2	3	4
61) ... aktivně se snažím situaci změnit	0	1	2	3	4
62) ... řeknu si: „dokážeš se s tím vypořádat“	0	1	2	3	4
63) ... přece se zase uklidním rychleji než ostatní	0	1	2	3	4
64) ... dbám na to, aby příště k takovým situacím vůbec nedocházelo	0	1	2	3	4
65) ... hledám něco, co by mě mohlo potěšit	0	1	2	3	4
66) ... snažím se od toho odpoutat pozornost	0	1	2	3	4
67) ... hledám vinu sám (sama) u sebe	0	1	2	3	4
68) ... snažím se s někým o problému hovořit	0	1	2	3	4
69) ... prostě se pak nemohu zbavit myšlenek na tuto situaci	0	1	2	3	4
70) ... myslím si, že k tomu nedošlo mou vinou	0	1	2	3	4
71) ... řeknu si, že se nesmím dát vyvést z klidu	0	1	2	3	4
72) ... splním si nějaké dlouho vytoužené přání	0	1	2	3	4
73) ... беру to lehčeji než jiní ve stejné situaci	0	1	2	3	4
74) ... nějak se od toho odpoutám	0	1	2	3	4
75) ... mám sklon rezignovat	0	1	2	3	4
76) ... snažím se přesně si ujasnit důvody, které k situaci vedly	0	1	2	3	4
77) ... uvažuji, jak se mohu příště vyhnout takovým situacím	0	1	2	3	4
78) ... nejraději bych od toho jednoduše utekl(a)	0	1	2	3	4

Dotazník PTGI-CZ

Pokyny pro vyplňování

Každý člověk zažije ve svém životě něco těžkého, velmi vážného, co ho přiměje, aby se trochu změnil.

Specifikujte těžkou, traumatickou událost nebo událost, která Vám změnila život:

<input type="checkbox"/> těžké zranění člověka	<input type="checkbox"/> těžké zranění dítěte
<input type="checkbox"/> úmrtí člověka	<input type="checkbox"/> úmrtí dítěte
<input type="checkbox"/> násilný čin, přepadení, týrání, znásilnění	<input type="checkbox"/> nehoda s více oběťmi
<input type="checkbox"/> sebevražda člověka	<input type="checkbox"/> selhání záchranné akce
<input type="checkbox"/> těžké zranění kolegy	<input type="checkbox"/> jiná těžká událost (vypište)
<input type="checkbox"/> úmrtí kolegy
<input type="checkbox"/> sebevražda kolegy	

Uveďte **dobu**, která od této těžké události už uplynula:

☐ 6 měsíců až 1 rok; ☐ více než rok až 2 roky; ☐ více než dva roky až 5 let; ☐ více než 5 let

Zde je několik tvrzení; zjišťují, v čem je člověk, který prodělal těžkou životní situaci, teď už jiný.

Přečtěte si pečlivě každé tvrzení, promyslete, jestli se týká právě Vás.

Zde je nabízená stupnice odpovědí od 0 do 5:

0 – nezažil jsem žádnou takovou změnu

3 – taková změna u mě nastala v průměrné míře

5 – taková změna u mě nastala ve výrazné míře

1. Změnil/a jsem názor na to, co je v mém životě důležité; změnil/a jsem své priority	0	1	2	3	4	5
2. Uvědomil/a jsem si hodnotu vlastního života, více si ho vážím	0	1	2	3	4	5
3. Mám teď nové zájmy a rozvíjím je	0	1	2	3	4	5
4. Víc si teď důvěřuji, věřím si	0	1	2	3	4	5

5. Lépe rozumím tomu, že má člověk také duchovní potřeby	0	1	2	3	4	5
6. Přesvědčil/a jsem se, že se mohu na lidi spolehnout i v horších časech	0	1	2	3	4	5
7. Rozhodl/a jsem se pro nový způsob života, pro novou cestu	0	1	2	3	4	5
8. Mám teď větší pocit sounáležitosti s druhými lidmi	0	1	2	3	4	5
9. Jsem teď ochotnější dát najevo své city	0	1	2	3	4	5
10. Teď už vím, že umím zvládat obtíže	0	1	2	3	4	5
11. Teď už dokážu lépe naložit se svým životem	0	1	2	3	4	5
12. Teď už dokážu přijímat události tak, jak v životě dopadnou	0	1	2	3	4	5
13. Umím si více vážit každého dne	0	1	2	3	4	5
14. Objevily se nové příležitosti, které by za jiných okolností asi nenastaly	0	1	2	3	4	5
15. Víc soucítím s druhými lidmi, než dříve	0	1	2	3	4	5
16. Ve vztazích k ostatním lidem se teď více snažím	0	1	2	3	4	5
17. Víc se teď snažím změnit ty věci, které je potřeba změnit	0	1	2	3	4	5
18. To, co jsem zažil/a, posílilo mou víru; jsem opravdu věřící člověk	0	1	2	3	4	5
19. Zjistil/a jsem, že jsem mnohem silnější, že vydržím více, než jsem si předtím myslel/a	0	1	2	3	4	5
20. Hodně jsem se poučil/a o tom, že lidé jsou bezvadní, skvělí	0	1	2	3	4	5
21. Teď už chápu, že k životu potřebuji i jiné lidi.	0	1	2	3	4	5

Děkuji Vám za ochotu při vyplnění.

David Marek